

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

171

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger, Gustave MARUELLE

Né le 20 Février 1910, à RENNES (Ile-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES FORMES
CHIRURGICALES
DE LA SIGMOÏDITE

Président : M. GREGOIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger, Gustave MARUELLE

Né le 20 Février 1910, à RENNES (Ile-et-Vilaine)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES FORMES CHIRURGICALES DE LA SIGMOÏDITE

Président : M. GREGOIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELA VIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 N...
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 CROUZON.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 ERENTANO Pathologie chirurgicale.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{lle} J.) . . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. . . Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-

DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . . Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 LEROUX Anatomie pathologique
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CPABROL }
 DONZELOT ... }
 DUVOIR } Clinique médicale.
 LIAN }
 PASTEUR }
 VALLERY-
 RADOT }
 SEZARY }

MM.

BASSET }
 BROcq }
 CADENAT }
 GATELLIER ... } Clinique chirurgicale
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ ... }
 VELTER }
 ECALLE }
 METZGER } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE
ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RAYMOND GREGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'honneur — Croix de Guerre

En hommage de respectueuse et profonde reconnaissance pour son enseignement et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé G. LARDENNOIS

Chirurgien de l'Hôpital Laennec
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de nous confier ce sujet de thèse.*

*Pour l'assurer de notre gratitude et de
notre respectueuse admiration.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

RENNES :

Monsieur le Professeur MARQUIS.

Monsieur le Professeur FOLLET (*in memoriam*).

Externat

RENNES :

Monsieur le Professeur MARQUIS.

PARIS :

Monsieur le Professeur R. GREGOIRE.

Monsieur le Docteur L. BOIDIN.

Monsieur le Professeur NOBECOURT.

Internat

Monsieur le Docteur ROUHIER.

Monsieur le Docteur CHEVRIER.

Monsieur le Docteur SAUVE.

Monsieur le Professeur Agrégé LE LORIER.

Monsieur le Professeur Agrégé LARDENNOIS.

PARIS :

A Messieurs les Docteurs MICHON, GIRODE,
OBERLIN, MAURER, WELTI, REDON,
FUNCK-BRENTANO (P.), GERARD-MARCHANT,
COUVELAIRE (R.)
Chirurgiens des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs DESNOYERS, LEPAGE
Accoucheurs des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs CORDIER, CHEVALLIER,
DREYFUS-LE FOYER, GUYOT,
MAYER, NORA, OLIVIER MONOD, WORMS
Chefs de clinique et anciens chefs de clinique à la Faculté

RENNES :

A Messieurs les Docteurs SOURDIN, CHEVREL,
LEFEUVRE, LE GAL-LA-SALLE, HARDOUIN
Professeurs à l'Ecole de Médecine

Introduction

A une époque où des publications nombreuses contribuent à mieux faire connaître cette affection assez complexe qu'est la sigmoïdite, il nous a paru intéressant de relater certaines observations que nous avons eu la bonne fortune de suivre au cours de notre dernière année d'internat, et dont la plupart appellent des remarques particulières d'ordre clinique et thérapeutique.

Notre Maître, le Professeur Agrégé Lardennois, a bien voulu nous confier quelques-unes de ses observations personnelles, nous aider de ses conseils pour l'élaboration de ce travail et nous faire profiter, par là-même, de sa grande expérience de la chirurgie colique. Nous ne saurions trop l'en remercier.

Ayant ainsi réuni une douzaine d'observations inédites, nous voudrions étudier, grâce à elles, quelques variétés de sigmoïdites essentiellement justiciables de la thérapeutique chirurgicale.

Il convient toutefois de poser avec netteté la question : *Que faut-il entendre par sigmoïdites ?* Beaucoup d'auteurs ont tendance à appliquer ce terme à certaines formes de colites généralisées dont la symptomatologie iliaque gauche est particulièrement nette.

Nous retiendrons seulement les inflammations segmentaires et localisées de l'S iliaque et de son péritoine, dues aux microbes banaux, hôtes habituels du côlon : colibacilles, entérocoques, streptocoques, staphylocoques. Cette définition permet de retirer du cadre des sigmoïdites vraies, les sigmoïdites dues à un agent spécifique, qu'elles soient tuberculeuses, syphilitiques ou dysentériques. De même, il est convenu de distraire de cette étude toutes les inflammations sigmoïdiennes dues à l'existence d'un rétrécissement sous-jacent qu'il soit inflammatoire ou néoplasique.

Les formes chirurgicales des sigmoïdites que nous envisagerons seront successivement :

- 1° Les sigmoïdites suraiguës.
- 2° Les péricigmoïdites suppurées.
- 3° Les sigmoïdites avec péritonite généralisée.
- 4° Les sigmoïdites chroniques pseudo-néoplasiques.

Historique

Alors que l'appendicite était considérée comme responsable de toutes les suppurations péricoliques et « devait être la cause de tout », un chirurgien genevois, Mayor (1893), eut le mérite de montrer que certaines suppurations iliaques gauches ou pelviennes devaient être rapportées à des inflammations du côlon terminal, pour lesquelles il proposa le terme de « sigmoïdites ».

Cette affection paraît avoir été longtemps méconnue en France où les premières observations sont celles de Jaboulay dans la thèse de Reignier (1897), de Galliard (1897), de Michaux (Thèse Saillant, 1906) ; à l'étranger, par contre, en Allemagne particulièrement, la pathogénie et le diagnostic des sigmoïdites sont longuement étudiés par Edlefsen, Walcha, et surtout Roseinheim.

Le mémoire détaillé de Patel (*Revue de Chirurgie*, 1907) semble avoir donné une impulsion nouvelle à la question ; dès lors, les observations se sont accumulées au point de justifier une étude clinique d'ensemble au Congrès Français de Chirurgie (1913). A cette même époque, De Quervain étudie les bases du

diagnostic radiologique ; Albu, Sudeck, Bensaude mettent au point l'exploration endoscopique.

Après guerre, de nombreux auteurs, délaissant la lésion sigmoïdienne elle-même, étudièrent surtout les inflammations des diverticules coliques en leur donnant une importance telle que certains (Patel, Strauss, Forni) ont pu écrire que « la sigmoïdite devait céder le pas à la diverticulite absolument comme l'appendicite a été substituée à la typhlite ». De fait, la majorité des publications françaises et surtout étrangères (Rankin et Judd, Marschall, Eggers, Mayo-Bollin, Firenberg et Altmann, Lazarus) se bornent à mentionner les divers aspects anatomo-cliniques de la diverticulite.

Cependant il apparaît peu à peu que les formations diverticulaires sont loin d'être constantes dans les lésions inflammatoires de l'anse sigmoïde (Bensaude et Caïn, Lapointe, Tixier, Delore, Clavel, Welty) ; on essaie d'autre part de préciser le rôle étiologique de la tuberculose (Bérard et Patel), de la syphilis (Tixier, Chastenet de Géry, Ramon), de l'actinomycose (Cornioley et Hoffmann), des parasites intestinaux (amibes, lamblia), dans la production des sigmoïdites. On ne considérera plus la diverticulite comme une entité clinique mais comme une cause fréquente des sigmoïdites.

Actuellement est acquise la notion d'une affection grave qui devra être traitée précocement si l'on veut éviter l'apparition de redoutables complications (per-

foration, abcès, occlusion aiguë) ; du reste des perfectionnements techniques dans le domaine de la radiologie (Max Ballin, Piot, Fischer, Maingot, Zdansky, Masson) ont permis de reconnaître la sigmoïdite à son stade de début grâce à l'étude des plis de la muqueuse colique.

Et le traitement chirurgical qui ne visait autrefois que les complications de la sigmoïdite a étendu largement ses indications. De Quervain (1925) a insisté le premier sur la nécessité de la colectomie ; l'école lyonnaise sous l'impulsion de Delore (1929) estime qu'elle devra être faite tôt, souvent dès la première crise sérieuse de sigmoïdite aiguë. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une chirurgie particulièrement difficile et grave qui devra s'inspirer, pour chaque cas, des conditions anatomiques particulières et multiplier les temps opératoires. Ainsi le prouvent les observations d'Anderson, Meyer, Lazarus, Delore, Charrier en particulier, les rapports de Shoemaker et de Soupault au Congrès de Chirurgie du Caire (1936), la thèse récente de Soustelle (Lyon, 1937).

Etiologie

Causes générales des sigmoïdites

1° L'AGE. — La sigmoïdite s'observe avec une fréquence remarquable entre 45 et 55 ans ainsi que nous avons pu l'observer nous-même. L'âge moyen pour Eggers serait 50 ans, pour Mayo (sur 42 cas observés) de 53 ans.

Toutefois les adolescents (cas de Delore, Clavel, Primerose) et même les enfants (Erdmann, Ransohoff) peuvent exceptionnellement être atteints ; il s'agit en général de formes graves à type de diverticulites suppurées ou perforantes.

2° LE SEXE. — Pour Bensaude et Caïn la fréquence serait double chez la femme ; il semble en réalité que ce soit l'inverse si l'on en croit les observations anglaises et américaines où il s'agit presque toujours de lésions diverticulaires.

3° LA RACE. — Relativement rare en France, cette affection sévit plus particulièrement dans les pays anglo-saxons où elle a été le mieux étudiée. Sur 10 cas observés par Pratt, 7 malades étaient anglais ou avaient séjourné longtemps en Grande-Bretagne.

Pour justifier ce fait on a invoqué le rôle prédisposant du régime alimentaire, des mêmes conditions d'existence qui expliqueraient aussi la fréquence de la diverticulite chez les intellectuels, les populations urbaines (De Quervain) et les quelques cas de sigmoïdites observés dans une même famille (Wilian).

4° LES MALADIES GÉNÉRALES. — Certaines maladies diathésiques (obésité, diabète) accompagnent souvent les sigmoïdites ; celles-ci peuvent se déclarer au décours d'infections générales, telles la scarlatine (Bittorf), le rhumatisme articulaire aigu (Guinard), la grippe surtout (A. Guérin).

Mais que penser des sigmoïdites, dites spécifiques ? Certes, il est des cas de tumeurs inflammatoires tuberculeuses (Bérard, Patel), actynomycosiques (Brickner), dysentériques, syphilitiques (Tixier), dont la preuve a été faite par l'examen histologique, l'inoculation au cobaye, ou par le traitement d'épreuve. Il s'agit là d'observations rarissimes sortant nettement du cadre de notre sujet.

Le plus souvent le microscope ne révélera que des lésions inflammatoires habituelles, le traitement d'épreuve sera voué à l'échec ; ce sont des sigmoïdites banales survenant chez un bacillaire, un syphilitique, un colitique avéré. A ce sujet, il faut noter que la syphilis est fréquemment trouvée dans les antécédents de malades porteurs de sigmoïdites. Nous l'avons mis en évidence 4 fois dans les 12 observations que nous présentons et nous ne serions pas loin de conclure

avec Mummery que le spirochète peut être un facteur prédisposant de premier ordre « en déterminant, au niveau du côlon, des lésions minimes qui préparent le terrain pour d'autres lésions plus importantes, celles-là d'origine intestinale ».

Causes locales

Le côlon ilio-pelvien, « régulateur de la défécation », est un lieu de stase pour les matières fécales; elles sont déshydratées, dures et peuvent, en cas de CONSTIPATION OPINIÂTRE, déterminer des érosions de la muqueuse colique. Sous l'influence de la flore microbienne très virulente du côlon gauche, celles-ci vont s'étendre en surface, puis déterminer des altérations pariétales souvent importantes. Certaines modifications du calibre (mégasigmoïde) ou de la longueur de l'anse oméga (dolichosigmoïde), étant un facteur de constipation, joueront donc un rôle certain dans la pathogénie des sigmoïdites.

On a, d'autre part, incriminé l'IRRITATION LOCALE créée par les vers intestinaux (Cignozzi), les particules alimentaires (cellulose [Blandsutton], pépins de fruits, os [Cannonne]). De même les purgatifs drastiques, exagérant les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de la défécation, seront l'équivalent d'un véritable « traumatisme interne » à la faveur duquel pourront se développer des lésions inflammatoires.

En réalité, toutes ces causes relevées dans l'étiologie des sigmoïdites sont également invoquées pour

expliquer la production des colites en général. La localisation de l'infection au côlon pelvien serait due à l'existence de diverticules, particulièrement fréquents sur ce segment intestinal.

LES DIVERTICULES du côlon siègent en effet dans 75 (Huston) à 85 % (Fischer) des cas, sur le côlon sigmoïde. Ils représentent un point d'appel pour l'infection de la paroi colique et à ce titre, il est indispensable de rappeler brièvement ici leurs caractères anatomiques essentiels.

Leurs formes. — Ils constituent de petites saillies arrondies, bosselant l'intestin ; les unes sessiles, plaquées à la surface du côlon, les autres sont cylindriques, piriformes, pédiculées.

Leur volume est celui d'une cerise ou d'un pois. Parfois ils peuvent acquérir des dimensions considérables, et ressembler à un appendice iléo-cæcal (observation 12). Nombreux et agglomérés ils ont parfois l'aspect de tumeurs maronnées, bilobées, ou en grappes de raisin (Prat). Ils se réduisent facilement dans la lumière colique si leur cavité est libre ; mais bien plus souvent ils sont remplis de matières fécales ou de coprolithes.

Leur couleur est variable : noirâtres ou violacés en cas de paroi mince, ils apparaissent le plus souvent blanchâtres, de la coloration de la paroi intestinale.

Leur siège. — Les diverticules se font jour au niveau des points faibles de la paroi colique (Maxwell Telling). On les retrouve principalement entre les

deux feuillets du mésosigmoïde ou à l'intérieur d'une frange épiploïque, pouvant ainsi passer inaperçus à un examen superficiel.

A l'examen microscopique, la muqueuse et la sous-muqueuse sont très semblables à celles de l'intestin ; par contre, la couche musculaire est parfois étirée, amincie, atrophiée. Le plus souvent, elle fait complètement défaut : le diverticule représente une véritable « hernie tuniquaire » (Cruveilhier).

Quelle est leur signification ? Prat a étudié longuement les diverses théories pathogéniques. Lorsque la couche musculaire existe, il s'agirait de diverticules congénitaux comme le prouveraient les observations de diverticulites notées chez l'enfant et la fréquence chez les anglo-saxons.

Tous les autres cas, de beaucoup les plus nombreux, représenteraient des formations acquises selon des mécanismes différents. Les diverticules de traction seraient dus à des phénomènes de périssigmoïdite. Les diverticules de pulsion résulteraient d'une augmentation de la pression intestinale et d'une moindre résistance de la paroi colique, au pourtour des orifices vasculaires en particulier (Graser).

DIVERTICULITE ET SIGMOÏDITE. — On conçoit que ces diverticules réalisent des conditions éminemment favorables au développement de l'infection. De fait la diverticulite est souvent retrouvée à l'origine d'une sigmoïdite, mais sa fréquence est très difficile à démontrer ; les statistiques, toutes très différentes,

s'appuient sur un nombre insuffisant de faits observés.

On ne peut plus admettre aujourd'hui que sigmoïdite « est synonyme de diverticulite » (Forni).

Il est bien évident qu'au cours d'une intervention qui doit être rapide (sigmoïdite perforée), des diverticules pourront être méconnus. D'autres fois (formes chroniques), il ne sera pas toujours possible, même par une inspection attentive du côlon, de reconnaître la saillie diverticulaire ; celle-ci peut être noyée au milieu de franges épiploïques, collée à la surface intestinale, incluse dans une gangue scléreuse, ou recouverte d'adhérences serrées.

Mais si l'exploration peropératoire du côlon peut être trompeuse, cet argument perd sa valeur lorsqu'il s'agit de l'examen de pièces de colectomies ; dans ce cas, il est impossible de méconnaître un diverticule pour peu qu'on apporte quelque attention à sa recherche et qu'on sache au besoin pratiquer des coupes en séries dans la tumeur sigmoïdienne.

Sudsucki le premier a rapporté un cas de sigmoïdite non diverticulaire ; depuis, les observations de Lapointe, Bensaude et Caïn, de l'Ecole lyonnaise... sont venues corroborer ce fait ; sur plusieurs sigmoïdes extirpés (obs. 8-11), nous n'avons retrouvé aucun diverticule. Delore les observe 3 fois sur 7 pièces de colectomies pour sigmoïdites ; plus récemment Clavel et Fakraï opèrent successivement 7 sigmoïdites non diverticulaires.

Enfin, comme Desmarets l'a montré, la présence de

diverticules coliques ne prouve pas que leur inflammation ait été le point de départ de la sigmoïdite ; les diverticuloses (Mayo) sont fréquentes. Plusieurs fois on a été frappé par l'absence de diverticule au sein d'une tumeur inflammatoire, alors qu'ils existaient en zone saine, en amont le plus souvent.

Concluons donc en insistant sur ce fait que dans la majorité des cas, mais non de façon absolue, la diverticulite est à l'origine de la sigmoïdite.

Etiologie des péricolites

L'inflammation du côlon pelvien détermine presque toujours des altérations du péritoine voisin : péricolites plastiques, fibreuses, suppurées, dont l'étendue ne saurait être retranchée de celle des sigmoïdites.

De nombreux auteurs depuis Patel, Hartmann ont voulu réserver le terme de péricolites aux inflammations, nées sur place, à partir du côlon pelvien. Certains ont même voulu opposer les « paracolites » (Vanverts) d'origine colique aux « péricolites propagées » dont le point de départ serait extra-intestinal.

Nous pensons au contraire que l'on doit réunir sous une même appellation tout processus inflammatoire localisé au méso et au péritoine sigmoïdien, quelle que soit la cause et nettement caractérisé cliniquement. L'étiologie est en effet souvent impossible à préciser dans certaines péricolites (observation 6) ; d'autre part, que la péricolite se soit

développée à la suite d'une affection du côlon pelvien, des annexes ou de l'appareil urinaire... elle se présentera sous la même symptomatologie et sera justiciable le plus souvent de la même thérapeutique.

On conçoit dès lors que les përisigmoïdites pourront relever de nombreuses causes. Nous ne rappellerons pas ici l'étiologie des sigmoïdites proprement dites, mais insisterons seulement sur la fréquence du point de départ de l'infection au niveau des organes génitaux, de l'appareil urinaire, de l'appendice.

Les lésions génitales seront le plus souvent une salpingite suppurée ou catarrhale, un kyste de l'ovaire infecté, une ovarite scléro-kystique; Caillot et Contamin rapportent un cas de përisigmoïdite secondaire à un cancer du corps utérin. Dans nos observations (5-12), la sigmoïdite se manifesta plusieurs années après une hystérectomie pratiquée pour infection annexielle.

Jaboulay invoquait la propagation par voie lymphatique ; Albrecht, par l'intermédiaire du tissu cellulaire sous-péritonéal. Kuss ayant montré le rôle de barrière défensive que jouait la gaine pëirectale, s'opposant à la diffusion du processus infectieux, il semble en réalité que l'inflammation progresse le plus souvent de proche en proche (Burlaton) du péritoine génital au péritoine colique, ou par l'intermédiaire de l'inconstant ligament infundibulocolique.

Des altérations de l'appareil urinaire peuvent précéder l'établissement d'une sigmoïdite. Santy (1926)

rapporte une observation de tumeur inflammatoire de l'anse oméga survenue plusieurs années après une urétéro-pyéélite gauche; à l'intervention, l'uretère gauche adhéraît fortement au sigmoïde.

De Jong et Aubourg ont signalé un cas de péricystite secondaire à une cystite gonococcique.

La malade de notre observation 4 était traitée depuis plusieurs années pour une cystite colibacillaire lorsque se déclara brusquement une péricystite suppurée.

L'appendicite est quelquefois la cause d'une périsigmoïdite localisée au pourtour du côlon sigmoïde, ainsi que l'a bien montré notre Maître, M. Lardennois (Congrès de Chirurgie, 1927). Dans certaines observations (5-6), l'appendice et le sigmoïde étaient adhérents au milieu d'une masse inflammatoire, et dans un de ces cas (observation 6), les constatations opératoires ne permirent pas de préciser l'origine du processus infectieux; il fallut recourir à l'examen histologique.

Etude anatomo-clinique

I. — SIGMOIDITES SURAIGUES

Nous ne ferons que rappeler brièvement les caractères cliniques essentiels de la sigmoïdite aiguë banale, affection médicale par excellence. Un sujet bien portant ou déjà connu comme colitique va présenter, parfois au décours d'une infection générale, une douleur vive dans la fosse iliaque gauche; la constipation est très marquée; la température se maintient quelques jours à $38^{\circ}5-39^{\circ}$; l'état général est bon. On reconnaîtra, en palpant la fosse iliaque gauche, le côlon iliaque dur, spasmé, douloureux; il n'y a pas ou peu de réaction péritonéale.

Nous voulons attirer l'attention sur une variété bien particulière: lorsque l'anse sigmoïde est anormalement longue et que l'infection est localisée vers son sommet, la symptomatologie peut être hypogastrique, voire iliaque droite et le diagnostic impossible avec l'appendicite. L'appendicectomie sera inutile et parfois dangereuse. L'observation 1 ci-dessous (très analogue à l'observation de Casco) en est l'illustration. Un homme est opéré pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite; au cours de l'intervention (ablation de l'appendice), on constata

quelques adhérences du grêle dans le pelvis ; elles furent libérées. Quelques jours plus tard se déclarait une sigmoïdite suraiguë nécessitant une opération immédiate.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La sigmoïdite suraiguë peut être :

a) *Une diverticulite gangréneuse.* — Le diverticule et l'appendice épiploïque qui le contient parfois sont rouges, violacés ou verdâtres, entourés de franges adipeuses, de fausses membranes et parfois recouverts d'épiploon, d'anses grêles.

Il est rare qu'un seul diverticule soit intéressé.

b) *Une sigmoïdite totale.* — La paroi colique est altérée dans sa totalité. Le côlon apparaît augmenté de volume, rouge foncé, de consistance cartonnée. Parfois de véritables abcès pariétaux se forment et se manifestent par des plaques de sphacèle jaunes ou verdâtres sous la séreuse intestinale (sigmoïdite disséquante) ; leur diffusion est fonction de la virulence de l'infection.

La lumière intestinale est très rétrécie parfois difficile à retrouver du fait de la turgescence de la paroi sigmoïdienne.

Le péritoine contient parfois un liquide séreux peu abondant ; parfois il va édifier des néoformations autour de zones de gangrène.

SYMPTOMATOLOGIE. — C'est en tous points, le tableau clinique d'une appendicite gauche à début brutal et évoluant rapidement.

La douleur est vive, lancinante, localisée à la fosse iliaque gauche, irradiant vers l'hypogastre le membre inférieur gauche ou suivant le trajet du déférent.

Le moindre mouvement, la palpation même légère et surtout les efforts de défécations l'exagèrent. Elle s'accompagne souvent d'épreintes rectales.

La constipation est absolue ; seuls quelques gaz continuent à passer. On constate parfois des vomissements, un certain degré de ballonnement abdominal, du clapotage colique ; l'ensemble de ces symptômes fonctionnels pouvant simuler un iléus aigu.

Cependant l'altération de l'état général traduit une infection sévère. La température monte rapidement au-dessus de 39 ; le pouls est très rapide, le facies fatigué, le teint terreux, l'examen du sang montrerait une polynucléose importante (10 à 15.000) (Sonnenburg).

Localement le signe capital est la contracture absolue, invincible, apparue dans la fosse iliaque gauche et s'étendant progressivement à l'hypogastre ; elle ne permet pas d'apprécier la tuméfaction iliaque sous-jacente. C'est le toucher rectal qui, révélant une vive douleur au niveau du Douglas, plus accusée à gauche, pourrait parfois reconnaître la limite inférieure du sigmoïde tuméfié.

C'est exceptionnellement que l'on a pu signaler des hématoméses noirâtres (*vomito negro*), une hémorragie intestinale discrète (Spriggs et observation ci-dessous), de la cystalgie.

Evolution. — Il est exceptionnel qu'une telle forme guérisse spontanément. Même l'apparition d'une péri-sigmoïdite suppurée est une éventualité rare, car le plus souvent l'évolution se fait vers la péritonite généralisée particulièrement grave ici du fait de la virulence du contenu intestinal.

Obs. 1. — *Sigmoïdite suraiguë développée quelques jours après appendicectomie.* — *Extériorisation puis résection colique.* — *Guérison.* (Docteur LARDENNOIS).

M. K... présente depuis de nombreuses années des douleurs iliaques droites et l'examen clinique décèle un Mac Burney franc. Un examen scopique du côlon confirme l'origine appendiculaire de cette douleur ; on remarque un dolichosigmoïde débordant fortement vers la droite.

Appendicectomie rétrograde (Docteur Lardennois) ; au cours de l'intervention, on note que des anses grêles sont attirées et fixées dans le pelvis d'où elles sont dégagées prudemment.

Dès le lendemain de l'intervention, l'opéré se plaint de la fosse iliaque gauche, douleur non calmée par l'application de glace ; le cinquième jour, nausées et émission par l'anus d'un liquide noirâtre, « jus de pruneaux », très fétide ; état subocclusif. La température, normale après l'intervention, est montée par échelons à 39°5, s'accompagnant de frissons.

Dans la fosse iliaque gauche, contracture massive ; au niveau des côlons droit et transverse, clapotage important.

On intervient d'urgence (Docteur Lardennois) par médiane sous-ombilicale ; on constate la présence de liquide séreux dans l'abdomen et l'intégrité du grêle.

Par contre la partie descendante du sigmoïde est très épaissie, tuméfiée, plaquée contre la paroi pelvienne, donnant véritablement l'apparence d'une « masse musculaire » rouge, ecchymotique. On procède à son décollement de haut en bas ; cette tâche est rendue particulièrement délicate du fait de l'épaississement et surtout de la couleur du méso peu différente de celle de l'intestin. Extériorisation du côlon sur drain rigide, et fixation du méso et de l'anse au péritoine pariétal. Avec beaucoup de difficultés, du fait de l'épaisseur considérable de la paroi intestinale, on fistulise au thermocautère la partie haute du sigmoïde extériorisé.

Quatre jours après, résection colique. La température, qui était restée au-dessus de 39° après l'intervention, descend en 48 heures à la normale. Suites opératoires simples ; à noter une cystalgie fugace post-opératoire.

L'état général se remonte rapidement (reprise des forces et de l'appétit). Au bout de 5 mois on ferme l'anus artificiel. Guérison complète.

On remarquera qu'une résection d'emblée, en milieu très infecté eût été particulièrement grave ; la résection en deux temps, dans ce cas très sérieux a donné au malade le maximum de sécurité.

II. — PERISIGMOÏDITES SUPPUREES

Anatomie pathologique

L'abcès pérисигмоïdien se développe en général à la suite d'une crise aiguë de sigmoïdite qui ne présente pas la sédation habituellement observée. Le péritoine réagit d'abord par des néoformations plastiques, puis progressivement, se développe une pérисигмоïdite suppurée.

a) PÉRISIGMOÏDITE PLASTIQUE. — Le côlon est très augmenté de volume, rigide, cartonné, recouvert de fausses membranes. Toutes ses tuniques sont altérées, mais le maximum des lésions se rencontre au niveau de la muqueuse très œdématiée, rouge foncé, parsemée d'érosions ou d'ulcérations irrégulièrement disposées et recouvertes d'enduits pultacés.

Le péritoine qui le recouvre est écarlate, tapissé d'exsudats fibrineux. Des adhérences récentes, rouges, saignant facilement, unissent le sigmoïde à la paroi abdomino-pelvienne et parfois aux organes du petit bassin. Le mésocôlon fixé dans la profondeur apparaît très infiltré, charnu. L'épiploon et des anses grêles adhèrent souvent à cette masse inflammatoire.

b) Dans un second stade LA SUPPURATION se développe au centre du plastron et s'étend, limitée par cette barrière d'adhérences.

Parfois l'abcès naît au milieu des tuniques intestinales (folliculite suppurée ou pyodiverticulite) et

évoluant sur la séreuse, s'ouvrira en péritoine cloisonné.

Quoi qu'il en soit, *une fois constitué*, l'abcès péri-sigmoïdien est plus ou moins volumineux, habituellement de la dimension d'une orange, contenant un pus franc jaunâtre, parfois mêlé de matières fécales, souvent fétide, d'autres fois à odeur rappelant typiquement le colibacille. La collection siège au contact du côlon épaissi, inflammatoire et est encerclée de fausses membranes et d'adhérences agglutinant tout autour, l'épiploon, la vessie, les anses grêles.

Suivant ses localisations diverses on a décrit de multiples *formes topographiques*.

1° *L'abcès antéro-externe* serait le plus fréquent. Plaqué en arrière de la paroi abdominale ou séparé d'elle par du grêle, il est situé le plus souvent dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale (variété antéro-inférieure) ou plus interne, le long du bord externe du grand droit (variété antéro-supérieure). Il peut se prolonger dans la cavité pelvienne (abcès en bissac abdomino-pelvien). Son évolution normale est l'ouverture à la peau, dans le péritoine ou le grêle.

2° *L'abcès pelvien* n'est pas rare ; développé en regard de la jonction recto-sigmoïdienne il se collecte à la partie déclive du pelvis, dans le Douglas. Il peut se rompre dans le rectum, la vessie, le vagin, donnant lieu à des fistules dont la plus redoutable est la *communication sigmoïdo-vésicale*.

Certains auteurs affirment la rareté de telles fistu-

les d'origine inflammatoire pure ; Marion affirme n'avoir jamais eu à traiter que des fistules néoplasiques ; Weigtlund (Congrès d'Urologie, 1933) rapporte seulement 18 observations en quinze années. Par contre, Mummery insiste sur leur fréquence au cours de l'évolution des sigmoïdites et donne la proportion de 30 % (ce qui peut paraître excessif) ; Telling, 12 % ; Mailer, 14 % , de fistules colo-vésicales. Nous rapportons ci-dessous deux exemples indiscutables ; la perforation s'étant faite brusquement dans un cas (observation 4) et lentement dans l'autre (observation 3). Anatomiquement (Pascal), la communication colo-vésicale peut être directe (cysto-sigmoïdostomie de Chauvin), ou se faire par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux ou d'un abcès sigmoïdien interposé.

Les orifices siègent :

— Sur le côlon ; à la partie antéro-inférieure du sigmoïde.

— Sur la vessie, à sa face postéro-supérieure, et dans la région du dôme.

3° *L'abcès postérieur*, beaucoup plus rare, est rétro-péritonéal. En bas il descend au contact de la crête iliaque et peut cheminer assez haut dans le tissu cellulaire périrénal jusqu'à la loge sous-phrénique gauche (Rolleston). C'est très exceptionnellement qu'il suivra la gaine du psoas et pourra apparaître dans le triangle de Scarpa.

4° *Variétés exceptionnelles*. — Mentionnons seulement la possibilité :

— D'abcès intramésocoliques, presque toujours se-

conduisant à une diverticulite (Hinz, Körte, Auvray, Rankin et Judd) ; plus rarement ils représentent la diffusion d'un abcès intra-pariétal entre les deux feuillets du méso-sigmoïde (abcès lymphangitique, Clavel).

— Les suppurations de la loge de Retzius.

— Les sigmoïdites herniaires suppurées (Piana) inguinales ou crurales.

Symptomatologie

« Les abcès pérисigmoïdiens sont les formes graves par excellence, celles qu'il est impossible de méconnaître, sous peine de voir survenir des accidents redoutables » (Patel). On peut les voir venir compliquer à tout moment l'évolution d'une sigmoïdite chronique ; mais bien plus souvent ils s'observent à la suite d'une crise de sigmoïdite aiguë.

Trois ou quatre jours après le début des accidents, alors que le traitement médical est resté inactif tant sur les symptômes fonctionnels que sur les signes infectieux, on ne retrouve plus à la palpation de l'abdomen les contours nets du côlon. A son voisinage s'est développée une plaque résistante, cartonnée, douloureuse, en un mot un *plastron* qui occupe la fosse iliaque gauche, plus rarement l'hypogastre. Tel le plastron appendiculaire, celui-ci peut également se résorber.

Mais parfois, spontanément ou à l'occasion d'une faute de thérapeutique (lever ou réalimentation trop rapide, purgation, examen radiologique trop précoce)

on observe l'exagération progressive du syndrome infectieux : la température monte à 39°-40° et prend le type oscillant, chaque crochet thermique étant accompagné de frissons ; le pouls est rapide, en accord avec elle. Les examens en série de la formule sanguine seront une indication précieuse : le chiffre des leucocytes, 10 à 12.000 dans les péritonites plastiques, va s'élever à 20-25.000, avec fort pourcentage de polynucléaires, lorsque l'abcès sera constitué.

Localement le plastron, devenu très douloureux, se ramollit en son centre pour se transformer en abcès typique.

La réaction fonctionnelle des organes de voisinage (syndrome occlusif, épreintes rectales, cystalgie) sera diverse suivant le siège de la suppuration.

1° LES ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE GAUCHE superficiels, seront facilement rapportés à leur cause ; ils sont en effet le plus souvent d'origine sigmoïdienne et très exceptionnellement de cause appendiculaire comme on le croyait autrefois. Leur voussure se dessine immédiatement au-dessus de l'arcade, en arrière du canal inguinal, plus près du pubis que de l'épine iliaque. Dans certains cas, on les palpera au-dessous et à gauche de l'ombilic, le long du bord externe du grand droit ; ce serait pour Obratzoff la variété la plus fréquente.

C'est une tuméfaction arrondie dure ou très peu dépressible immobile et douloureuse, généralement mate sauf si son contenu est pyogazeux ou s'il y a interposition d'anses intestinales entre la paroi abdominale et l'abcès.

Obs. 2. — *Sigmoïdite suppurée.* — *Abcès iliaque gauche récidivé.* — *Syndrome d'occlusion : cæcostomie.* — *Décès.*

M. Z..., 50 ans, exerce la profession de restaurateur ; aucun antécédent pathologique notable. Au début de décembre 1936 il se plaint de troubles intestinaux vagues (constipation et diarrhée alternant), de fatigabilité extrême ; quinze jours après, brusquement il accuse une très vive douleur iliaque gauche ; la température est à 39° ; syndrome d'obstruction intestinale. Cet état persiste une dizaine de jours et l'on constate une volumineuse tuméfaction iliaque gauche. Le Docteur Lardennois, appelé en consultation, pense à une suppuration sigmoïdienne et intervient. « L'incision de la fosse iliaque gauche donne issue à une quantité importante de pus fétide ; l'abcès descend au contact des vaisseaux hypogastriques. Drainage ». Examen bactériologique du pus : streptocoque, staphylocoque, colibacilles ; pas d'anaérobies ». En 6 semaines la plaie opératoire s'est cicatrisée ; jamais elle n'a donné lieu à l'émission de matières.

Le malade, se croyant guéri, rentre chez lui, refusant toute nouvelle intervention. Cependant, en mars 1937, nouvel abcès iliaque gauche ; un traitement vaccinothérapique ne donne aucun résultat et on doit le drainer (Docteur Cordier) en réintervenant par l'incision antérieure ; fermeture de la plaie en quelques semaines.

Mais l'état général décline, la constipation est tenace et seuls quelques gaz sont évacués ; la température est normale. Un examen radiographique montre un rétrécissement très long (10 cm.) et très serré à l'union du sigmoïde et du descendant. Le malade accepte très tardivement la dérivation des matières : cæcostomie (Docteur Cordier). Décès quelques jours après ; l'autopsie ne put être faite.

2° LES ABCÈS PELVIENS ne se traduisent pas en clinique de façon aussi précise, et devront être recherchés. En pratiquant toujours le toucher chez un malade qui présente tous les signes d'une suppuration profonde, on aura parfois la surprise de découvrir dans le Douglas une tuméfaction diffuse, extrêmement douloureuse, dure, bloquant l'utérus et les annexes. Très souvent du reste des signes d'irritation rectale (épreintes, émission de glaires muqueuses) ou vésicale (rétention, cystalgie) mettront sur la voie du diagnostic.

L'exploration de l'abdomen ne révèle qu'un léger météorisme, parfois une défense hypogastrique surtout s'il s'agit d'une forme abdomino-pelvienne (Lejars).

Nous rapportons ci-dessous 3 observations de péri-sigmoïdites suppurées du Douglas (observ. 3, 4, 5).

3° LES ABCÈS POSTÉRIEURS ont une symptomatologie souvent frustre. La douleur est moins vive localisée aux lombes, irradiant au périnée, aux organes génitaux et surtout aux membres inférieurs. Ils risquent d'être méconnus si on ne recherche pas au-dessus de la crête iliaque une tension musculaire profonde qui seule traduit leur présence. Plus tard ils s'extérioriseront mieux au niveau de la fosse lombaire ; pris alors pour une suppuration périrénale, leur étiologie ne pourra être reconnue qu'au moment de l'intervention.

« *L'abcès ligneux* » en est une variété un peu par-

ticulaire ; il est réalisé par une réaction plastique considérable autour d'un abcès de petites dimensions ; son évolution est lente, cachectisante.

4° LES ABCÈS INTRAMÉSOCOLIQUES ne sont le plus souvent pas diagnostiqués du fait de la réaction péritonéale intense qui les masque ; ils peuvent toutefois s'accoler à la paroi profonde de l'abdomen et leur traduction clinique est alors celle d'un abcès lombaire.

Il faut surtout insister sur la fréquence d'abcès mésocoliques petits et latents qui constituent des surprises au cours d'interventions pour sigmoïdites chroniques. Ils pourront être ouverts malencontreusement lors des décollements nécessaires à l'extériorisation de l'anse malade et être responsables de graves complications post-opératoires.

Rappelons qu'un *abcès de l'espace de Retzius* peut se développer à partir du côlon sigmoïde (Guinard) et qu'une *périsigmoïdite suppurée intra-herniaire* (Stierlin, Bauffle) ne saurait être différenciée cliniquement d'une hernie étranglée, d'autant que dans ce cas la fièvre fait souvent défaut.

On a décrit des *formes cliniques* extrêmement nombreuses aux abcès sigmoïdiens.

Parfois ils traduiront par une *symptomatologie d'emprunt* (formes pseudo-occlusives, pseudo-anxieuses...) ; ou bien ils évolueront *insidieusement* (en particulier chez le vieillard) (Villard, Brewer),

sans température, avec un syndrome d'obstruction colique.

Evolution

1° L'abcès abandonné à lui-même ne se résorbe jamais et peut, au cours de son évolution, donner lieu à des *complications*:

— infectieuses : abcès du foie et du poumon (Kauffmann-Judd), phlegmatia, pyléphlébite (Cooke-Hegler) ou même septicémie (Strauss-Lichtbaum).

— mécaniques : occlusion haute par adhérences du grêle (Edwards) ou basse par coudure colique (mésosigmoïdite).

2° En règle générale, si on n'est pas intervenu chirurgicalement l'ouverture se fera à la peau, dans la vessie, l'intestin, le vagin ou le péritoine selon la topographie de l'abcès.

a) *Fistule cutanée*, siège le plus souvent en pleine fosse iliaque gauche. C'est l'évolution habituelle des abcès antérieurs abandonnés à eux-mêmes; ceux-ci pourraient s'ouvrir au niveau du canal inguinal (Pollosson) ou du scrotum (Rankin) si le canal vagino-péritonéal est demeuré perméable.

Les abcès postérieurs peuvent se rompre à la peau, en regard du triangle de J. L. Petit; parfois ils cheminent jusqu'au diaphragme et peuvent se fistuliser dans la plèvre (Dunn); ils peuvent avoir une évolution descendante et s'ouvrir à la cuisse (Mc. Worthier); dans le creux ischio-anal (Moynihan).

Il en résultera une fistule, souvent stercorale, qui

peut être la cause d'accidents de rétention, ou d'hémorragie importante (Brohée et Urbain). Elle est remarquablement tenace, caractère particulier qu'on a voulu expliquer parfois par une spécificité surajoutée (Monsarrat, Chastenet).

Dans nos observations 3 et 4, une fistule sigmoïdocutanée s'est déclarée après interventions dirigées contre une fistule colo-vésicale ; l'une d'elles s'est oblitérée spontanément, l'autre a persisté jusqu'à la résection du diverticule qui en était l'origine.

b) *La fistule sigmoïdovésicale* (Thèse Latifi, 1937) est particulièrement fréquente s'il s'agit de diverticules, et est rencontrée plus souvent chez l'homme que chez la femme. Une première phase de cystalgie sans cystite précède la perforation. Celle-ci a lieu brutalement et se manifeste par une douleur intense et l'émission d'urines sanglantes, mêlées de pus ; la communication colo-vésicale peut s'établir cependant à bas bruit.

La fécalurie et la pneumaturie, symptômes essentiels d'une fistule colo-vésicale ne sont parfois pas évidentes et c'est la cystoscopie qui permettra le diagnostic. La perforation est toujours entourée d'une zone d'œdème inflammatoire qui parfois peut la masquer ; dans ces cas la cystographie surtout de profil, l'administration de lavements colorés avec sondage immédiat pourront avoir leur utilité pour affirmer un diagnostic hésitant.

— Le passage des urines vers le rectum (épreintes, fausses diarrhées brûlantes) est tout à fait exceptionnel.

— Pendant plusieurs mois la tolérance vésicale peut être parfaite (Le Gac) et l'état général bien conservé. Mais les douleurs de cystite vont apparaître et l'infection pyélique sera l'aboutissant fatal si la continuité sigmoïdo-vésicale n'a pas été interrompue.

Obs. 3. — *Sigmoïdite pelvienne suppurée. — Fistule sigmoïdo-vésicale. — Colostomie. — Traitement de la fistule. — Diverticulectomie. — Guérison.* (Docteur LARDENNOIS).

M. C..., 44 ans, obèse, syphilis ancienne. Accuse depuis longtemps quelques troubles digestifs à chaque excès alimentaire.

En février 1935, violente crise abdominale : douleurs intenses à type de colique, sensations de torsion, de déchirement, généralisées à tout l'abdomen, plus marquées à l'hypogastre. Pas de nausées, constipation absolue ; fréquentes épreintes rectales avec expulsion de mucus rosé ; rétention d'urine passagère. L'état général est mauvais, le malade est prostré, la température à 40°. Au bout de quelques jours, sédation brusque des accidents, diarrhée jaunâtre fétide et disparition du syndrome infectieux. Il s'agissait vraisemblablement d'un abcès pelvien qui s'est drainé par le rectum.

Plusieurs semaines après le malade accusera quelques coliques vagues, des douleurs vésicales et tout rentrera dans l'ordre.

Accalmie de un an pendant lequel l'état général sera excellent ; les selles seront normales, bien moulées, sans présence de sang, ni de pus ; le malade se plaint seulement de besoins fréquents d'aller à la selle, principalement après l'ingestion de certains aliments (café en particulier).

Progressivement vont alors apparaître des signes de cystite (cystalgie, dysurie), en même temps qu'il constate la présence de matières dans ses urines et l'émission de gaz par l'urètre. Un examen urinaire complet est pratiqué, en particulier un examen endoscopique de la vessie qui permet de reconnaître, « sur la face latérale gauche, une zone d'œdème qui augmente au fur et à mesure que l'on remonte pour diminuer vers le sommet. Vers le centre de cette masse se trouve un orifice cratériforme dont l'aspect est celui que l'on trouve habituellement dans les abcès sigmoïdiens ouverts dans la vessie ».

Intervention en janvier 1937 (Docteur Lardennois) : « Médiane sous-ombilicale ; on découvre une sigmoïdite infectieuse ayant occasionné une fistule sigmoïdo-vésicale ; l'exérèse en un temps paraît impossible et serait dangereuse du fait de l'état inflammatoire aigu du sigmoïde. On se contente de réaliser une colostomie à éperon par contre-incision iliaque gauche ».

Légère réaction thermique post-opératoire ; atténuation des phénomènes de cystite.

Quatre mois après nouvelle intervention dirigée contre la fistule elle-même, après vaccinothérapie préventive (Docteur Lardennois). Laparotomie sous-ombilicale ; après libération d'adhérences peu nombreuses, on arrive à faire avec le doigt le tour du trajet fistuleux ; on le sectionne et on résèque les bords de la fistule ; fermeture en plusieurs étages des orifices colique et vésical. Un champ caoutchouté sépare vessie et côlon ». Sonde à demeure laissée 3 semaines.

Dès lors tout phénomène de cystite a disparu, en particulier les douleurs aux mictions. L'état général se relève rapidement ; le malade reprend du poids ; la plaie opératoire s'est fermée incomplètement et il persiste au-dessus du pubis, à la place du drainage, une petite

fistule communiquant avec le sigmoïde (les eaux de lavage du bout colique inférieur ressortent par cet orifice).

Une dernière intervention (janvier 1938) consistera dans la résection du trajet fistuleux sigmoïdo-cutané (Docteur Lardennois) ; on est conduit sur un diverticule cylindrique haut de 2 cm. qu'on résèque et qu'on enfouit après l'avoir dégagé difficilement de la gangue scléro-inflammatoire qui l'enserre. La plaie abdominale se ferme par première intention.

Actuellement la guérison est complète et la fermeture de l'anus iliaque sera tentée dans quelques semaines.

Obs. 4. — *Sigmoïdite pelvienne suppurée ouverte dans la vessie. — Colostomie et traitement de la fistule. — Guérison.* (Docteur LARDENNOIS).

Mme D..., 58 ans, présente depuis dix ans des crises abdominales survenant irrégulièrement tous les 3 ou 4 mois : il s'agit de coliques très douloureuses localisées à la fosse iliaque gauche et s'accompagnant de faux besoins. Les matières sont diarrhéiques, ne présentant ni pus, ni traces de sang. Ces crises cèdent à une injection de pantopon.

Un de ces épisodes aigus est particulièrement douloureux, avec cystalgie intense. Un examen radiologique est pratiqué. Il ne montre aucune trace de lithiase rénale ; d'autre part, un lavement baryté permet de constater un aspect en accordéon de l'anse sigmoïde.

La malade est traitée pour colibacillose, car la cystalgie persiste, sans toutefois que l'on remarque des signes objectifs de cystite. Accalmie de 3 années.

Puis brutalement surviennent deux nouvelles crises douloureuses fin 1935. La première fois il s'agissait d'un plastron iliaque gauche très douloureux, fébrile, qui se

résorba par le traitement médical. On avait pensé à une cause vésicale et institué des lavages de vessie au nitrate d'argent. La seconde crise, plus intense, se manifesta avec tous les signes d'un abcès pelvien : température à 40° avec frissons, leucocytose élevée (22.000); à l'examen : tuméfaction iliopelvienne très étendue perçue par le toucher combiné au palper abdominal. Brusquement une douleur atroce, déchirante, et l'émission d'urines sanglantes et purulentes traduiront la rupture de cet abcès dans la vessie. Une cystoscopie confirme l'existence de la fistule colo-vésicale. Un lavement baryté emplit seulement le rectum ; au-dessus les bords de l'image sont flous et imprécis ; l'examen des urines montre la présence de pus et de colibacilles.

Le Docteur Lardennois consulté intervient une première fois : drainage du petit bassin et colostomie iliaque gauche.

Quelques mois après, réintervention (Docteur Lardennois). Par une incision sous-ombilicale on constate la présence d'une tumeur inflammatoire contenant le sigmoïde, les annexes gauches et la vessie. Après libération de ces organes, on dissèque la perforation. Côté vésical, l'orifice est irrégulier, à bords indurés, et sera fermé par deux étages de catgut, à la Lambert. Côté sigmoïde, il existe une difficulté considérable à fermer la brèche car le côlon est rétracté, raccourci, tendu au maximum de l'angle recto-sigmoïdien à la colostomie : il est fixé à la paroi comme dans une coulée de ciment. De ce fait une fermeture régulière par excision et suture n'est pas aisée. Le côlon pelvien est encore en plein œdème inflammatoire. La région mortifiée est avivée et suturée à la Lambert par points séparés au mieux des possibilités. Le drainage est réalisé par une lame caoutchoutée introduite entre vessie et utérus, d'une part, côlon sigmoïde d'autre part.

Au cours de l'intervention l'état inflammatoire des annexes ayant attiré l'attention, un fragment d'ovaire et de trompe fut prélevé aux fins d'un examen microscopique. Il n'a montré que des lésions discrètes ne permettant pas de considérer ces organes comme le point de départ de l'infection (Professeur agrégé Leroux). Il s'agit donc bien de sigmoïdite ayant créé une péricystite suppurée ouverte dans la vessie.

Après cette intervention, sonde vésicale à demeure un mois. Suites opératoires simples ; il persista toutefois pendant plusieurs mois une fistule sigmoïdo-cutanée dans la cicatrice de laparotomie.

L'état actuel est excellent ; la malade a repris son activité et ne se plaint d'aucun trouble fonctionnel vésical ou colique.

c) *Fistule colo-intestinale*. — Une éventualité heureuse (obs. 3) est la rupture de l'abcès dans le sigmoïde après une phase de rectite aiguë. La plaie colique se tarit en général rapidement.

Nous voulons surtout parler ici de l'ouverture d'un abcès sigmoïdien dans le grêle. Elle se manifeste par une débâcle de matières diarrhéiques et de glaires purulentes. Il sera possible de repérer, approximativement, la hauteur de la fistule colo-intestinale en constatant l'accélération plus ou moins rapide du transit intestinal, grâce à l'ingestion de repas colorés.

Le pronostic de telles fistules est toujours redoutable ; le sujet est voué rapidement à la cachexie si l'on n'a pas procédé à leur cure chirurgicale qui nécessitera des interventions laborieuses et répétées.

Notre Maître, M. Lardennois, nous a communiqué deux observations assez identiques concernant des hommes de 40 et 26 ans. Il s'agissait de volumineuses masses inflammatoires intéressant le sigmoïde et la portion terminale du grêle, évoluant depuis 1 an lorsque le Docteur Lardennois fut appelé en consultation. L'état général de ces malades était lamentable; l'un d'eux ne vivait que grâce à des transfusions presque quotidiennes; les douleurs abdominales intenses empêchaient tout repos et depuis de longs mois ils n'avaient pu quitter le lit. Des épreuves radiographiques montraient la communication entre l'S iliaque et l'iléon; le transit intestinal était tellement ralenti, qu'un mois après l'examen aux rayons X, les selles contenaient encore de la baryte.

Devant les signes de sténose l'intervention fut décidée. Dans les deux cas elle mit en évidence une tumeur iléosigmoïdienne énorme sur laquelle il était impossible d'agir directement. On pratiqua des anastomoses du grêle qui déterminèrent une amélioration passagère.

Nous n'avons pas rapporté le détail de ces interventions; « il s'agissait bien d'une communication iléosigmoïdienne datant de plusieurs mois; cependant l'histoire clinique de ces malades, de même que l'examen opératoire ne permirent pas de rattacher au sigmoïde plutôt qu'à l'iléon l'origine du processus infectieux, et de conclure à sigmoïdite plutôt qu'à iléite terminale (Lardennois). »

d) *Fistule colo-vaginale*. — Serait d'une chronicité

désespérante selon les notions classiques. En fait, dans l'observation suivante que le Professeur Marquis (Rennes) a bien voulu nous communiquer, elle s'est tarie d'elle-même et très rapidement.

Obs. 5 (Docteur MARQUIS). — *Sigmoïdite pelvienne suppurée ouverte dans le vagin. — Guérison spontanée. — Persistance des symptômes de sigmoïdite. — Résection colique. — Guérison.*

Mme G..., 49 ans. On retrouve dans ses antécédents la notion d'une fausse-couche ancienne qui se compliqua de salpingo-ovarite traitée de longues années par le repos, puis nécessitant l'hystérectomie.

Elle se plaint de constipation opiniâtre depuis de nombreuses années, telle que 12 lavements consécutifs étaient parfois nécessaires pour obtenir une évacuation intestinale. En décembre 1935 elle ressentit pour la première fois des douleurs sourdes dans le bas-ventre, exagérées par une marche rapide, un effort, et particulièrement vives après la défécation.

Etat inchangé jusqu'en 1936. A ce moment elle se fit examiner et on constata une douleur et une défense de tout le bas-ventre ; un examen radiologique pratiqué à ce moment montra des altérations du calibre et des parois de l'anse sigmoïde à son union avec le côlon iliaque.

Le lendemain de cet examen, douleurs abdominales diffuses, frissons, température à 40°, mais ventre souple. On institue une thérapeutique anticolibacillaire lorsque, dix jours après le début des accidents, se produit une émission abondante de pus fétide *par le vagin* (perforation du Douglas trouvée au spéculum). Les signes généraux s'amendent et en quelques semaines la plaie du Douglas est complètement cicatrisée.

Cependant la constipation, les douleurs abdominales,

particulièrement vives après la première selle du matin, et les quelques troubles urinaires (douleur à la miction) ne cèdent pas au traitement médical, ni aux cures hydrominérales.

La malade est opérée en septembre 1937 (Docteur Marquis) : « Rachianesthésie. On constate l'existence d'adhérences entre la paroi et l'épiploon, tout le long du côlon ascendant et du côlon iliaque ; on procède à leur libération. Tout le pelvis est rempli par une masse formée par la partie moyenne du sigmoïde, l'appendice et la vessie. On libère ces organes, mais on constate qu'à la partie moyenne du sigmoïde, obturée par la face postérieure de la vessie, existe, au milieu des bords cartonnés de l'anse sigmoïde, une perforation large comme une pièce de cinquante centimes. Toute suture sur ces bords cartonnés et indurés couperait et on se trouve dans l'obligation d'extérioriser le sigmoïde. »

En somme, abcès ancien, à point de départ colique, ayant entraîné une perforation du sigmoïde, et adhérences de l'appendice qui y est fusionné ; le tout temporairement recouvert par la paroi vésicale.

Résection colique quelques jours après. Suites opératoires simples.

Depuis cette intervention, aucun phénomène douloureux ; les fonctions intestinales s'effectuent régulièrement.

e) *La rupture en péritoine libre* détermine une péritonite généralisée qui sera étudiée au paragraphe suivant.

Insistons en terminant sur la *fréquence des récides*. La plupart des abcès péricoliques que nous avons pu suivre et qui avaient été traités par un drainage correct, et parfois la colostomie associée, ont

néanmoins présenté ensuite de nouvelles poussées infectieuses tantôt sous la forme de plastron, tantôt sous la forme d'abcès. L'observation ci-dessous en est un exemple.

Obs. 6. — *Sigmoïdite suppurée à répétition. — Intervention (colostomie). — Guérison.*

M. K..., 45 ans, présente de longue date des troubles colitiques (en particulier épreintes fréquentes le matin, dès le lever), lorsque brusquement, en juin 1993, se déclare une crise douloureuse aiguë étiquetée appendicite. Cependant les douleurs étaient hypogastriques avant de devenir iliaques droites ; elles s'accompagnaient de faux besoins répétés ; enfin la température était élevée à 40° avec frissons.

D'autre part, pendant le mois précédent cette crise, il se plaignait de malaise général, d'un état nauséeux, et surtout de pesanteur dans le bas-ventre avec impression de corps étranger à ce niveau ; quelques troubles urinaires (dysurie, cystalgie) ; la température vespérale était autour de 38°. Un examen radiologique avait montré un rétrécissement (spasme ?) à l'union du descendant et du sigmoïde.

Il fut opéré au cours de cette crise : « appendice attiré vers la ligne médiane conduisant sur un abcès rétro-vésical, appendicectomie, drainage ». L'examen histologique ne montre pas de lésions inflammatoires nettes de l'appendice qui ne peut être la cause des accidents observés. L'évolution va du reste le prouver.

Trois semaines après, nouvelle crise semblable ; on diagnostique épiploïte ; elle prend fin avec l'évacuation d'un abcès pariétal, par la cicatrice d'appendicite.

Cinq mois plus tard, nouvelle crise, mais moins violente, au cours de laquelle on constate l'émission de mu-

cosités sanglantes par l'anus ; constipation opiniâtre. Elle cède au traitement médical et'on pratique un nouvel examen radiologique : le sigmoïde paraît petit, est douloureux à la pression, et présente des diverticules.

Accalmie jusqu'en octobre 1935 où l'état général commence à décliner ; nouvelle crise douloureuse abdominale avec température, frissons et apparition d'un plastron qui s'étend de l'ombilic au pubis et déborde sur la fosse iliaque gauche. Au bout de quelques jours, émission de selles diarrhéiques contenant du pus. Toutefois le plastron ne diminue pas sensiblement les douleurs rectales sont très vives. Nouvelle émission de selles diarrhéiques et purulentes. Puis tout rentre dans l'ordre.

Il s'est agi d'un abcès ouvert dans le rectum ; quelques mois plus tard nouvel épisode douloureux abdominal, plastron, phénomènes de rectite et évacuation de pus par le rectum.

Le Docteur Lardennois, consulté, décide alors d'intervenir.

Laparotomie sous-ombilicale ; résection des adhérences épiploïques contractées avec le cæcum, la vessie, le grêle. Des anses grêles sont agglutinées derrière la vessie et dégagées en bloc, leur libération est impossible, la sténose est à craindre et on pratique une résection du grêle. Le sigmoïde présente des signes d'inflammation très marqués ; il est dur, petit, sessile. On pratique un anus iliaque, pour mettre les lésions au repos ; sa libération paraissant dangereuse du fait de l'état inflammatoire très étendu.

Suites opératoires simples ; toutefois, un mois après l'intervention, apparition de phénomènes infectieux et d'un nouveau plastron iliaque gauche qui se transformera en abcès, lequel s'évacuera par le bout colique supérieur.

Depuis plus d'un an, excellente santé ; le malade accuse seulement une légère constipation et quelques coliques abdominales rythmées par les excès alimentaires. Les selles sont normales, ni pus, ni sang ; abdomen souple. Les rectoscopies n'ont montré aucune lésion de la muqueuse.

III. — SIGMOIDITES AVEC PERITONITES GENERALISEES

La perforation d'une sigmoïdite en péritoine libre est une complication actuellement bien connue depuis les premiers travaux de Jaboulay, Reignier, Patel, au début de ce siècle. Certains (Swinghedauw) par trop généreux, l'ont même située par ordre de fréquence immédiatement après les péritonites appendiculaires et gastro-duodénales.

Anatomie pathologique

1° LA DIVERTICULITE PERFORÉE est la mieux connue, et la plus fréquente (Lazarus) ; l'inflammation du diverticule, dont les parois sont parfois d'une minceur extrême, provoquera relativement souvent une péritonite généralisée, la barrière d'adhérences péritonéales n'ayant pas eu le temps de se constituer. L'étude de ces perforations diverticulaires a été codifiée à partir de nombreuses observations récentes (Stanley-Sennett, Wilian, Wheeler, De Quervain, Prat, Finsterer) ; elles ressemblent point par point aux perforations appendiculaires.

2° SIGMOÏDITE PARIÉTALE GANGRÉNEUSE PERFORÉE (Zinmann, Lazarus, Welti, Bertrand). La *perforation* siège le plus souvent à la partie moyenne de l'anse oméga, sur son bord libre. Très petite, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, elle est sou-

vent difficile à reconnaître et peut passer inaperçue. Tantôt en effet elle est perdue au milieu d'une zone étendue de sphacèle (Bertrand), tantôt des adhérences et des fausses membranes recouvrant le sigmoïde la dissimulent ; enfin parce que des franges épiploïques sphacelées peuvent venir s'appliquer sur elle.

Les bords sont taillés en biseau, mâchés, déchiquetés, d'aspect gangréneux. Parfois (Solé et Zinmann) on remarque à la périphérie plusieurs petits abcès paraissant être des follicules suppurés, les uns ouverts dans la cavité péritonéale, les autres en voie de perforation. Très exceptionnellement la perforation sera produite par des scyballes (Hennard et Altmann), des corps étrangers (Canonne) ayant pénétré une paroi colique fragilisée par l'infection.

Le *pus* peu abondant en général, jaunâtre, parfois fécaloïde, parfois d'odeur urineuse (colibacille). Les germes les plus souvent rencontrés seraient le colibacille, le straphylocoque, l'entérocoque, les anaérobies ; la présence ou l'absence de germes à distance de la perforation, serait un bon élément de pronostic (Clavel).

Le *mésocôlon* est épaissi, œdémateux, contenant quelques ganglions hypertrophiés.

Le *sigmoïde* autour de la perforation est congestionné, cyanosé ; les franges graisseuses sont agglomérées, hypervascularisées et hypertrophiées, parfois sphacéliques ; la muqueuse est intacte en général.

Histologiquement. — Lésions purement inflammatoires, à type aigu, associées à des lésions anciennes (tissu conjonctif réactionnel important). La vascularisation est très développée : les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang.

Symptomatologie

Parfois la péritonite est due à la rupture d'un abcès péricolique et sa cause est facilement reconnue. Le plus souvent il n'y a pas d'antécédents précis et le tableau clinique est celui de toute péritonite généralisée par perforation. Toutefois, l'analyse minutieuse de quelques symptômes pourront dans quelques cas faire soupçonner son origine : la douleur et la contracture sont apparues dans la fosse iliaque gauche et y restent maxima, parfois dans la région hypogastrique. La température s'élève d'emblée à 38°5-39° dès les premières heures. Quelques signes fonctionnels (une hémorragie rectale discrète, des épreintes, une rétention d'urine) et une douleur plus vive à gauche au toucher rectal enfin permettront de penser à une cause sigmoïdienne ou tout au moins pelvienne et d'intervenir par voie médiane.

Au cours d'une intervention pour péritonite généralisée dont le point de départ n'est pas à l'appendice, à l'estomac, à la vésicule, il faut songer toujours à explorer le côlon gauche dans ses portions iliaques et pelviennes.

L'évolution sera rapide; la mort survenant en 2 à

3 jours en moyenne. Case (2 morts sur 2), Lauber (3 sur 4), Lazarus (2 sur 3).

VARIANTES CLINIQUES.

Formes pseudo-appendiculaires. — On sait la topographie si variable du côlon sigmoïde ; parfois les symptômes seront à prédominance iliaque droite.

Mais l'erreur n'est pas grave ; l'intervention étant pratiquée quoi qu'il en soit. Il n'en est pas de même des formes suivantes :

Formes frustres, asthéniques (Patel) rencontrées chez les sujets âgés. Les signes de collapsus sont au premier plan et on croit à une affection pulmonaire ou cardiaque ; ou bien des douleurs à type de coliques, quelques vomissements attirent l'attention vers l'abdomen qui est distendu, tympanique ; la température est basse et l'on intervient pour occlusion, volvulus (Patel).

Formes septiques diffuses. — Peuvent s'observer même au cours d'une sigmoïdite chronique (voir observation 12).

Nous rapportons ici 2 observations ; l'une de péritonite diverticulaire où les symptômes cliniques étaient ceux de pelvi-péritonite bien qu'il s'agissait en réalité de péritonite généralisée (observation 7).

L'autre observation concerne un homme opéré pour perforation du côlon sigmoïde ; l'examen histologique de la pièce, pratiqué par le Professeur agrégé Leroux, a montré un complexe de lésions d'infarctissement et d'inflammation et n'a pas permis de

conclure à sigmoïdite plutôt qu'à infarctus ou perforation d'ulcère colique. Nous publions néanmoins ce cas intéressant en faisant les plus expresses réserves quant à la nature de l'affection en cause.

Obs. 7. — Péritonite sigmoïdienne généralisée. — Drainage et colostomie. — Guérison. (Docteur LARDENNOIS)

Mme T. L..., 50 ans. Après quelques jours de troubles fonctionnels légers (douleurs sourdes du bas-ventre, coliques généralisées), brusquement apparaissent des douleurs très vives, diffuses à la partie inférieure de l'abdomen ; constipation opiniâtre, pas de vomissements. Température 38°5.

L'examen de l'abdomen le montre souple, sans contracture, mais légèrement ballonné. Mac Burney net, mais la douleur est également accusée à gauche. Le toucher vaginal permet de percevoir une tuméfaction irrégulière, mal limitée, bosselée, très douloureuse, refoulant l'utérus en avant au-dessus de la symphyse.

Après un examen de la formule sanguine (G. R. : 4.520.000 ; G. R. : 16.800, avec pourcentage de 81 % de polynucléaires), on intervient (Docteur Lardennois) avec le diagnostic de tumeur inflammatoire du Douglas. A l'ouverture du péritoine, s'écoule une assez grande quantité de liquide *louche* (odeur nette d'infection à colibacille). Pas de lésions appendiculaires. Derrière l'utérus, sous les ovaires, on découvre une tumeur inflammatoire du côlon pelvien terminal et de son méso. Une *fissure* de l'intestin a infecté le méso et le péritoine et elle est la cause de la péritonite. Le côlon est soudé au promontoire, toute exérèse étant impossible, l'indication pressante est de dériver le cours des matières pour exclure le segment colique altéré et fissuré. Une colosto-

mie iliaque haute est exécutée par une contre-ouverture latérale gauche.

Il semble s'agir d'une sigmoïdite diverticulaire car au cours de l'intervention, on a noté la présence de nombreux diverticules sur tout le côlon pelvien. Un examen radiologique pratiqué ultérieurement a permis de mettre en évidence ces diverticules et de préciser l'étendue de la sigmoïdite. Suites opératoires fébriles jusqu'au sixième jour. Guérison.

Obs. 8. — Perforation du sigmoïde. — Extériorisation. — Décès.

M. M..., 48 ans, est admis d'urgence à l'hôpital Laennec, le 15 septembre 1937, à 7 h. 1/2 du matin. Une heure auparavant, en parfaite santé, et alors qu'il prenait son petit déjeuner, il a ressenti une douleur brutale, atroce, véritable coup de couteau dans le bas-ventre, irradiée dans le rectum. Il a éprouvé plusieurs fois depuis des envies impérieuses d'aller à la selle, sans aucun résultat. Il n'a pas vomi, n'a pas de fièvre (37°) ; un pouls accéléré à 100.

Dans ses antécédents : il aurait contracté à Salonique la dysenterie, pendant la guerre, fut soigné comme tel, et guéri depuis 1919.

Il eut également la syphilis et a négligé tout traitement. Depuis quelques jours il accusait une constipation anormale, sans phénomènes douloureux. Ses selles étaient jusque-là régulières, bien moulées ; il n'a jamais présenté de melæna.

A son arrivée, on est frappé par la pâleur du malade qui se plaint beaucoup de la région hypogastrique, douleur diffuse irradiant vers le testicule gauche. On pense à la possibilité d'une crise de lithiase urinaire d'autant que le ventre est souple, mais présente toutefois une

légère défense à sa partie inférieure et gauche. Le malade est dirigé en chirurgie, mis en observation, au repos, glace sur le ventre.

Il est revu 1 heure après environ, la douleur qui s'était atténué a repris son intensité primitive à localisation plus nette cette fois dans la fosse iliaque droite. Pas de vomissements, pas de selles. La température est à 37°, le pouls très rapide dépasse 100. On est frappé au premier abord par le facies fatigué, pâle de cet homme, traduisant une souffrance très vive.

En l'examinant, on constate que toute la moitié supérieure de l'abdomen est souple, libre. Par contre la région hypogastrique, les deux fosses iliaques sont le siège d'une contracture nette, et d'une douleur très vive à la palpation, avec maximum de ces signes dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement particulier, de même que le reste de l'examen.

Devant ces symptômes, on décide d'opérer d'urgence, pensant à la possibilité d'une appendicite gangréneuse pelvienne. On incise par un Jalaguier dans la fosse iliaque droite. Dès l'ouverture du péritoine, on constate que les anses grêles et le cæcum sont rouges, distendues et au milieu d'elles un liquide brunâtre et des parcelles de matières fécales. L'appendice n'est pas altéré ; on agrandit l'incision vers le bas et on découvre facilement la partie moyenne de l'anse sigmoïde qui apparaît violacée, cartonnée ; sur son bord libre existe une perforation de la dimension d'une pièce de 1 franc à bords biseautés aux dépens de la face péritonéale, rouges foncés, non sphacelés ; les franges épiploïques sont épaisses, hypervascularisées.

Les matières fécales contenues dans le sigmoïde font irruption par cet orifice.

Le méso et les vaisseaux ne paraissent pas présenter d'altération particulière.

On extériorise l'anse pelvienne, hors de l'abdomen entre deux Mickulicz et un gros drain est placé dans le Douglas.

Etat stationnaire pendant 48 heures, décès le troisième jour.

Autopsie : aucune altération notable du reste du côlon. A l'ouverture du sigmoïde, pas d'ulcération de la muqueuse, pas de formations diverticulaires ; la perforation apparaît comme découpée à l'emporte-pièce dans la paroi colique.

IV. — SIGMOIDITES CHRONIQUES PSEUDO-NEOPLASIQUES

Il est assez curieux de constater que beaucoup d'auteurs décrivent dans le chapitre complexe des sigmoïdites chroniques, certaines variétés de colites généralisées qui se manifestent surtout par une symptomatologie iliaque gauche. Qu'il s'agisse de « sigmoïdite muqueuse chronique », de « sigmoïdite pariétale chronique, côlon rope-like », ce sont presque toujours des lésions étendues à tout le cadre colique et qui ne méritent pas, à proprement parler, le terme de « sigmoïdite ».

Nous ne retiendrons ici que les « tumeurs et rétrécissements inflammatoires chroniques » localisés à l'anse oméga, entité anatomique et clinique indiscutable et relevant toujours du traitement chirurgical.

Après Gérard Marchant et Desmoulins, qui en 1899 décrivirent les premières tumeurs inflammatoires coliques sur le segment iléocæcal, ce furent Mayo-Robson (1908), Cade et Roubier (1907) qui les premiers, signalèrent leur existence sur le côlon sigmoïde. Patel et les auteurs lyonnais en ont rapporté des exemples nombreux à la Société de Chirurgie de Lyon en 1926. Plus près de nous, les travaux français les plus complets émanent de Delore, Bourde, Barthélemy, Bensauode et Cain, Charrier, Ducuing et Marre (Paris, 1938).

Anatomie pathologique

Le fait essentiel est la TUMEUR INFLAMMATOIRE, souvent volumineuse; atteignant 8 à 10 cm. de hauteur, elle se présente comme un véritable bloc graisseux mais dur, cartonné. La surface est bosselée, irrégulière; elle est hérissée de franges épiploïques surchargées de tissu adipeux et plus ou moins turgescentes; parfois on y retrouve des formations diverticulaires.

A la coupe, on remarque d'abord l'épaississement considérable des tuniques externes: la sous-séreuse est le siège d'une scléro-lipomatose intense atteignant parfois plusieurs centimètres; un œdème dur ou du tissu fibreux infiltrent souvent la sous-muqueuse.

Les autres tuniques intestinales sont sensiblement normales; la musculuse peut être hypertrophiée (observation 11); la muqueuse, signe différentiel capital avec le carcinome, n'est *jamais ulcérée*; elle est adhérente, tomenteuse, polypeuse; ses replis très nombreux peuvent limiter de véritables recessus (La-pointe).

Lorsqu'ils existent, les diverticules donnent l'impression de noyaux indurés inclus au sein de cette masse tumorale; ils peuvent apparaître rouges, violacés, saigner au moindre contact comme s'ils avaient subi la transformation angiomateuse (Barthélemy).

Le péritoine sigmoïdien adhère à la paroi colique; des adhérences larges et courtes, des brides épaisses défiant toute systématisation, amarrent le côlon à la paroi postérieure, à la vessie, aux annexes, au grêle,

rendant difficile la libération de la tumeur qu'il faudra littéralement sculpter dans les organes voisins.

Le méso-côlon est constamment altéré, tantôt mou, œdémateux (périsigmoïdite exsudative, Boas, Rosenheim), tantôt rétracté (Patel) et s'opposant à toute tentative d'extériorisation.

Histologiquement :

— Muqueuse intacte avec productions œdémateuses et œdème plus ou moins important du stroma conjonctif interglandulaire.

— Sous-muqueuse congestionnée, présentant une infiltration lymphoplasmatique constante.

— Sous-séreuse très épaissie parcourue de bandes fibreuses formant un revêtement continu en bordure de la séreuse péritonéale et délimitant en profondeur des logettes occupées par du tissu adipeux.

Dans toutes les tuniques et en particulier au voisinage des diverticules on peut retrouver des nodules inflammatoires qui peuvent présenter la structure de granulomes avec cellules géantes à corps étrangers (Ducuing) sans aucun caractère spécifique : « granuloma infectiosum » des auteurs américains (Moscowite, Rankin, Erdmann et Burt).

Signalons que plusieurs fois on a retrouvé une hypertrophie nerveuse rappelant celle décrite par Masson dans les inflammations appendiculaires.

LA STÉNOSE INTESTINALE est constante, variable suivant le volume de la tumeur et l'intensité de la périsigmoïdite. On a décrit :

1° *Des rétrécissements annulaires*, en tout point

comparables au squirrhe et qui seraient dus à des lésions conjonctivo-cicatricielles intenses de la sous-muqueuse.

2° *Des rétrécissements tubulaires*, les plus fréquents, où prédominent la sclérolipomatose et les lésions péritonéales ; ces dernières peuvent enserrer le sigmoïde et se traduire par une véritable gangue fibreuse qui parfois remonte vers le côlon iliaque, ou se propage au rectum (rétrécissement péricolique pelvien).

— La lumière intestinale peut être très diminuée et réduite au calibre d'un crayon (*rétrécissements canaliculaires*).

AU-DESSUS DES LÉSIONS. — Le côlon est beaucoup moins dilaté que dans les sténoses néoplasiques ; il ne s'agirait pas d'hypertrophie compensatrice, mais bien d'un épaississement inflammatoire, prédominant dans la sous-muqueuse. Cette notion importante justifie les résections coliques larges dans les tumeurs inflammatoires ; une exérèse trop limitée serait dangereuse et n'éviterait pas les récives (Patel, Leclerc).

Symptomatologie

Toute l'histoire clinique de ces sigmoïdites est dominée par la difficulté extrême de leur diagnostic avec les tumeurs malignes ; elles se présentent du reste le plus souvent comme des tumeurs volumineuses et on pense à un cancer inopérable. Si l'on institue alors un traitement radiothérapique à fortes do-

ses, on aura la surprise de voir se développer souvent un volumineux abcès iliaque gauche et on fera le diagnostic de sigmoïdite ; ou bien un anus iliaque a été pratiqué pour parer aux accidents immédiats d'occlusion et on assiste à un relèvement de l'état général, à une véritable résurrection qui permet de rectifier l'erreur de diagnostic. Tels sont les deux exemples suivants :

Obs. 9. — *Sigmoïdite pseudo-néoplasique.* — *Colostomie.*
— *Amélioration.* (Docteur LARDENNOIS).

« Mme L..., 60 ans, est examinée par le Docteur Lardennois alors qu'elle présente un syndrome d'obstruction progressive et incomplète avec la sensation précise que gaz et matières s'arrêtent au niveau de la fosse iliaque gauche ; épreintes fréquentes et émission de sécrétions glaireuses et sanglantes par l'anus ; intolérance absolue aux lavements. L'examen de l'abdomen et l'exploration endoscopique sont négatifs. On intervient, pensant découvrir un néoplasme en virole recto-sigmoïdienne.

Docteur Lardennois : Laparotomie sous-ombilicale. Masse recto-sigmoïdienne très adhérente, remontant sur l'S iliaque et paraissant être un néoplasme inopérable. On pratique donc un anus iliaque gauche par contre-incision latérale.

Après cette intervention, l'état général s'améliore rapidement : la malade reprend 3 kgs en 2 mois ; la masse tumorale persiste, car toute tentative d'introduction d'une sonde rectale s'avère impossible.

Cependant l'amélioration se poursuit, les sécrétions rectales se tarissent ; une formule sanguine ne montre aucun degré d'anémie (G. R. : 4.740.000) ; l'obstruction intestinale a complètement cédé.

Décès 7 ans après l'intervention (hémorragie cérébrale). »

Il est bien évident qu'il ne s'agissait pas d'un néoplasme, si le diagnostic de sigmoïdite a été impossible à l'intervention, l'évolution est venue prouver la nature inflammatoire de la tumeur.

Obs. 10. — *Sigmoïdite pseudo-néoplasique.* — *Colostomie.* — *Guérison.* (Docteur LARDENNOIS).

« Mme Z..., 50 ans, se plaint de douleurs abdominales gauches peu intenses et de constipation très marquée. Elle est traitée pour colite ; mais peu à peu se développe une tuméfaction volumineuse envahissant progressivement la totalité de la fosse iliaque gauche, le flanc gauche et descendant en bas au niveau de la partie supérieure du rectum ; pas de fièvre. Aucune sédation par le traitement médical ; le Docteur Lardennois, appelé, constatant cette tumeur, énorme, bosselée, dure, intervient du fait de l'obstruction intestinale progressive, et pratique un anus iliaque gauche.

Deux mois après l'état est transformé, la température qui était restée élevée entre 38° et 39° après l'intervention, est tombée à 37° ; on constate une reprise des forces, et un retour de l'appétit. La masse sigmoïdienne a diminué de volume et atteint seulement la largeur d'une paume de main.

Six mois après l'intervention, la malade n'accuse aucun phénomène douloureux ; plus de tumeur abdominale ; on constate seulement un écoulement purulent assez abondant au voisinage de l'anus iliaque.

Mais un an après, apparition d'un plastron, douloureux et fébrile, se transformant en abcès iliaque qui s'évacuera spontanément au voisinage de l'anus artifi-

ciel. Un examen radiographique pratiqué peu après, montre la diminution du calibre recto-sigmoïdien et la perte d'élasticité des bords coliques: »

Ici encore, tumeur inflammatoire prise à l'intervention pour un cancer sigmoïdien inopérable et à laquelle on appliqua le traitement palliatif habituel. Opérée il y a 12 années, cette femme est actuellement en parfaite santé.

Il est cependant des cas où cliniquement et radiologiquement, on puisse arriver au diagnostic de ces tumeurs inflammatoires ; leur évolution, entrecoupée de phénomènes douloureux et infectieux est, en effet, assez significative.

Les douleurs représentent le signe avertisseur ; elles sont sourdes, localisées au quadrant inférieur gauche de l'abdomen, mais peuvent devenir très intenses au moment des crises d'obstruction colique.

La constipation est habituelle, tenace ; les faux besoins fréquents, n'aboutissent qu'à une exonération partielle ; les matières sont ovillées, déformées.

Elle s'exagère parfois au cours de véritables crises coliques (douleurs à type de crampes généralisées, météorisme abdominal, borborygmes), crises passagères, d'une durée de plusieurs heures en général, et qui se terminent brusquement par une débâcle diarrhéique.

La diarrhée peut s'observer du reste assez fréquemment dans les sigmoïdites : fausse diarrhée séreuse (A. Mathieu) due à l'état inflammatoire de la

muqueuse qui réagit par hypersécrétion. La diarrhée matinale, dès le lever, a été considérée par certains (Boas, Rosenheim) comme symptomatique d'une sigmoïdite.

L'hémorragie est très inconstante, plus rare que dans le cancer (15 % des cas pour Rankin et Judd, 5 % pour Spriggs) ; formée de sang rouge survenant dans l'intervalle des selles, elle est peu abondante ; parfois cependant assez importante pour retentir gravement sur l'état général (Barthélemy).

La sigmoïdite peut également se manifester sous des signes d'emprunt, vésicaux le plus souvent (simple cystalgie sans cystite) (Cain, Bensaude, Hillemand).

Ces différents symptômes fonctionnels attirent l'attention sur l'abdomen et on recherchera une *tumeur* colique probable. On la trouvera constamment soit dans la fosse iliaque gauche, soit dans la région hypogastrique ; parfois elle sera basse et pour mieux l'apprécier on n'oubliera pas, suivant les conseils d'Hartman, d'examiner le malade en Trendelenburg, incliné à 45 degrés (observation 12).

Au-dessus du pli de l'aîne, parallèle à l'arcade, existe une masse ovoïde, allongée, du volume d'une mandarine ou d'un poing et souvent, nous l'avons vu, beaucoup plus volumineuse. Elle est remarquable par sa dureté et l'irrégularité de ses contours ; son extrémité supérieure s'estompe progressivement sur le côlon descendant ; son pôle inférieur peut atteindre la région recto-sigmoïdienne et sera reconnu

au toucher rectal. Toute tentative de mobilisation en est impossible.

C'est en somme sous les apparences d'une masse néoplasique qu'elle se présente ; toutefois deux symptômes pourront faire soupçonner sa nature inflammatoire :

a) Elle est sensible à la pression, parfois extrêmement douloureuse, principalement lors des crises coliques ;

b) Elle apparaît variable au cours d'examens répétés ; augmentant de volume au cours des épisodes fébriles, régressant ou même se résorbant complètement ensuite (véritables tumeurs fantômes).

Signalons que parfois la fosse iliaque est souple, la tumeur est entièrement pelvienne. C'est seulement le toucher qui, par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas, reconnaîtra une tumeur vague, diffuse, peu mobile, et qui à la suite d'une poussée inflammatoire, peut s'étendre et en imposer pour une carcinose pelvienne.

L'état général est toujours déficient. Ces malades sont amaigris, intoxiqués ; ils ont de l'inappétence, leur haleine est fétide. Mais ce qui est caractéristique est l'apparition, au moment des accès d'obstruction colique, d'un syndrome infectieux net comme en témoigne l'élévation thermique à 38°-38°5 et l'hyperleucocytose élevée à 10 ou 15.000 leucocytes.

EVOLUTION. — L'affaiblissement du malade se poursuit lentement du fait de syndrome stercorémique et de l'infection associés, et implique tôt ou tard une intervention.

Il faut savoir que ces formes peuvent du reste se compliquer d'abcès sigmoïdiens (observation 10) ou de péritonite généralisée à un moment quelconque de leur évolution (observation 11).

Il est beaucoup plus rare que des *phénomènes occlusifs aigus* à eux seuls forcent à pratiquer d'urgence une dérivation intestinale, qu'il s'agisse d'obstruction colique (Tixier, Bourdes) ou de sténose du grêle enserré dans des adhérences et des brides péri-sigmoïdiennes (Telling, 3 fois; Prat, 1 exemple).

On a signalé de façon tout à fait exceptionnelle des *complications mécaniques* telles que l'hydronéphrose par compression urétérale, ou l'invagination intestinale.

FORMES CLINIQUES. — Rappelons simplement parmi les variantes cliniques: des formes associées à une parasitose intestinale, amibienne ou lamblia (Hillemand) ;

des formes mentales à type dépressif (Morestin, Monziols).

— Dans les observations suivantes, le tableau symptomatique avait été suffisamment clair pour permettre le diagnostic de sigmoïdite pseudo-néoplasique.

Obs. 11. — *Sigmoïdite pseudo-néoplasique.* — *Colostomie droite, à éperon.* — *Péritonite progressive.* — *Décès.*

M. M..., 52 ans, admis en novembre 1937 à l'hôpital Laennec, pour tumeur de la fosse iliaque gauche.

Le premier épisode abdominal remonte à mars 1933. En pleine santé il a présenté une crise douloureuse à type de coliques intermittentes, très pénibles, suivant nettement le trajet du côlon descendant. A la partie basse de la fosse iliaque gauche s'arrêtent les spasmes douloureux, en un point extrêmement précis. La constipation a été totale durant 4 à 5 jours (durée de la crise); pas d'arrêt des gaz; pas de vomissements. Température à 39°.

Examiné à ce moment, on aurait retrouvé une masse tumorale douloureuse dans la fosse iliaque gauche et dont les caractères ne peuvent être précisés par le patient.

Après cette crise, dont la fin est marquée par une débâcle de diarrhée, la température redescend à la normale, les fonctions intestinales se régularisent, la tumeur disparaît presque totalement.

Depuis ce moment, le malade qui avait repris ses occupations, n'accuse plus aucune douleur abdominale. Il se plaint seulement d'alternatives de constipation et de crises diarrhéiques. A aucun moment il n'a remarqué la présence de sang ou de pus dans ses selles.

Toutefois, en octobre 1937, nouvelle crise colique douloureuse et fébrile, avec syndrome subocclusif, absolument semblable à la première; la tumeur iliaque gauche a de nouveau pris sensiblement de l'importance.

Refroidissement de la crise par traitement médical. Mais, depuis cette date, les douleurs sont constantes à type de pesanteur, au niveau de la fosse iliaque gauche, et paraissent exagérées au moment des périodes de constipation. Le malade remarque du reste la variabilité de la tumeur. Son état général est mauvais: il a maigri de 15 kgs en quelques mois et il doit restreindre son alimentation dans la crainte de souffrir.

Dans ses antécédents, on note une spécificité à l'âge de 22 ans, traitée pendant deux ans seulement (novar).

A l'examen (déc. 1937) on est en présence d'un homme de constitution robuste (82 kgs) ne semblant pas anémié. L'abdomen apparaît ballonné légèrement ; il est souple et indolore, sauf au niveau de la fosse iliaque gauche où, collée à la paroi abdominale antérieure en avant et à l'arcade en bas, une masse est allongée dans le sens du côlon sigmoïde ; elle est diffuse ; son volume est celui d'un poing. Elle est dure, sensible à la pression et particulièrement douloureuse en un point situé à trois doigts au-dessous et en dehors de l'ombilic, et mate à la percussion.

Au T. R. on ne perçoit pas l'extrémité inférieure de cette tumeur.

On pense à une sigmoïdite pseudo-cancéreuse et devant l'accentuation très marquée de la constipation, on décide de faire une dérivation des matières.

Les examens préopératoires seront normaux (urée, saignement, glycémie) ; notons le chiffre élevé de leucocytes (13.200) et l'absence d'anémie (G. R. : 5.280.000).

Une radiographie par lavement baryté montre un arrêt brusque à la jonction du sigmoïde et du côlon iliaque, en regard de la tumeur repérée au moyen d'un fil métallique opaque. Les bords coliques à ce niveau sont déchiquetés, lacunaires.

Intervention le 6 décembre 1937 ; sur les conseils du Docteur Lardennois, on pratique une colostomie à éperon sur le côlon ascendant extériorisé sur tige malléable.

Le côlon est fistulisé le quatrième jour et fonctionne normalement ; les suites opératoires paraissent simples lorsque brusquement, le douzième jour, le malade se plaint du ventre, l'abdomen est ballonné. On constate un météorisme important et la diffusion de la tuméfaction iliaque gauche qui forme un véritable plastron atteignant l'ombilic et gagnant le flanc gauche. On met

de la glace *in situ*, mais la température monte à 40° et le malade décède le lendemain.

Nécropsie. — Un peu de liquide grisâtre louche à l'ouverture du péritoine ; l'épiploon est tendu vers la partie inférieure et gauche de l'abdomen, largement adhérent en avant du péritoine pariétal, collé intimement en arrière à de nombreuses anses grêles agglutinées. Lorsqu'on veut libérer celles-ci, on ouvre de multiples logettes de dimensions variables (d'une noix à celle d'une orange), contenant soit un liquide grisâtre fétide, soit un pus jaunâtre, crémeux. Réclinant les anses grêles recouvertes de fausses membranes, on découvre dans la profondeur, le côlon sigmoïde fixé, baignant dans le pus, rétracté contre la vessie et très adhérent.

A la coupe, aucune lésion macroscopique du grêle, ni des côlons descendant, droit et transverse. L'S iliaque par contre qui affecte la forme d'un V paraccolement de ces faces, est extrêmement épaissie sur une longueur de 10 cm. environ.

Aucun diverticule, aucune perforation à sa surface extérieure où l'on constate seulement que les franges adipeuses sont très hypertrophiées.

Ses parois apparaissent épaissies (3 cm. environ), dures, criant sous le couteau ; cette sclérose paraît intéresser seulement les tuniques externes ; la muqueuse n'est pas ulcérée ; la lumière intestinale est réduite au calibre d'un crayon. On ne remarque aucun orifice diverticulaire, aucun abcès intra-pariétal.

L'examen histologique (Professeur Leroux) « montre que seule la musculuse est très épaissie et contribue à former le tiers de la paroi lardacée qui par ailleurs montre une sclérose collagène surtout sous-péritonéale et une infiltration inflammatoire banale surbaiguë non systématisée. »

Pas de lésions appréciables de la muqueuse.

Obs. 12. — *Sigmoïdite pseudo-néoplasique diverticulaire.*
— *Colectomie.* — *Guérison.* (Docteur LARDENNOIS).

Mme de G..., 52 ans. Dans ses antécédents on peut noter le paludisme contracté au Brésil ; pas de dysenterie, mais a été soignée pour colite à lamblia ; hystérectomisée pour infection puerpérale.

Les premiers signes de sigmoïdite, remontent à cinq ans et sont notablement aggravés depuis un an. Actuellement tous les mois, crise colique typique avec température discrète (38°-38°2). L'examen de l'abdomen ne montre rien. On sent par contre dans le Douglas une tuméfaction dure, mal limitée, douloureuse.

Une radiographie est pratiquée. Le lavement est mal supporté ; les contours coliques sont irréguliers à l'union du descendant et du côlon pelvien. Sur le côlon descendant, les déformations semblent être déterminées par un spasme colique ; présence de diverticules au bord externe du sigmoïde où l'atteinte pariétale est indiscutable.

Devant ces symptômes, on intervient (Docteur Lardennois).

« Large incision iliaque gauche ; on trouve un foyer très étendu de pèrisigmoïdite adhésive. L'S iliaque et le rectum sont profondément fixés contre la paroi pelvienne au sein d'une gangue de replis péritonéaux œdématisés ; l'épiploon est adhérent à l'S iliaque en une zone très épaissie de celle-ci.

La vessie est soudée au rectum et a des festons épiploïques hypertrophiés. On dégage progressivement l'épiploon, la vessie, le rectum, le côlon, puis le segment sigmoïdien, tuméfié et suspect. Poursuivant prudemment les décollements nécessaires jusque sous le mésosigmoïde, on peut extérioriser la tuméfaction et avoir la confirmation qu'elle est inflammatoire et non néoplasique.

L'origine de cette inflammation réside dans un *diverticule de dimension considérable* (6 cm.). Il porte la trace d'une perforation à sa pointe qui est effilée. L'aspect rappelle entièrement celui que l'on pourrait voir sur un appendice iléo-cæcal. La perforation s'est faite contre la paroi pelvienne au voisinage des vaisseaux hypogastriques. Un abcès dont il reste des vestiges s'est produit, limité par des franges graisseuses coliques très hypertrophiées.

Ces franges épaissies, indurées et rétractées, ont déformé le côlon et l'ont rétréci. L'ensemble a constitué la tumeur pseudo-néoplasique qui avait attiré l'attention. Il est possible que la crise fébrile, douloureuse et si sévère il y a un mois, ait été le point de départ de cette aggravation particulière de la pèrisigmoïdite.

Le rétrécissement du côlon pelvien est tellement accusé qu'une résection colique est nécessaire. Elle est faite en trois temps par prudence en raison des altérations d'inflammation chronique de la paroi colique.

Le segment enlevé mesure 10 cm. environ et porte en sa convexité le diverticule coupable. »

Guérison complète.

Diagnostic

Dans les sigmoïdites aiguës chirurgicales, l'examen clinique, à lui seul, est presque toujours suffisant, pour faire adopter la sanction thérapeutique immédiate qui s'impose ; toute épreuve para-clinique sera rejetée, car toujours inutile et souvent dangereuse.

Il n'en est plus de même après refroidissement des lésions, lorsqu'il s'agira de déterminer le point de départ d'un abcès abdominal ou pelvien incisé antérieurement, d'une fistule pariétale ou vésico-intestinale, le siège et les caractères d'une tumeur pseudo-néoplasique. Dans tous ces cas on devra avoir recours à l'exploration endoscopique, à la radiologie surtout qui fourniront des renseignements d'une précision indispensable.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Deux notions fondamentales dominent cette étude :

a) La nécessité de ne pas se contenter d'un seul examen. Il s'agit en effet de côlons irritables où le spasme donnera des images qui pourraient être attribuées à tort à des lésions pariétales si l'on ne prend

soin de revoir plusieurs fois le malade, de préférence après traitement antispasmodique.

b) La plus grande prudence d'évra toujours être observée. On saura attendre que toute trace d'inflammation aiguë soit disparue, et on administrera le lavement baryté toujours très doucement et à basse pression et tiède.

L'inobservation de ces précautions pourra être la cause d'accidents regrettables (observation 5) (de Quervain, Prat).

Nous envisagerons successivement: quelques points précis de technique qui sont indispensables pour obtenir de bons clichés, et enfin l'interprétation des images obtenues.

TECHNIQUE.

1° Nous rappellerons seulement, en passant, que la *radioscopie sans préparation* a permis de vérifier le diagnostic de perforation par la constatation d'un pneumopéritoine.

2° *L'examen par repas opaque* ne saurait être retenu. Parfois on a pu mettre en évidence, par ce seul moyen, des images diverticulaires. Mais la fragmentation de la colonne opaque desséchée ne permet pas un moulage suffisant du cadre colique ; l'interposition d'anses grêles vient encore compliquer la lecture des clichés. Le seul renseignement pratique reste l'appréciation du retard apporté au transit intestinal.

3° *Le lavement baryté* par contre donnera des précisions intéressantes à condition d'adopter une tech-

nique rigoureuse. Le malade sera préparé avec soin; purgation la veille (sauf contre-indication absolue) et double lavage évacuateur la veille et le matin même de l'examen.

Le lavement baryté sera donné en tenant compte de la tolérance colique; il y a du reste un avantage majeur à ne pas injecter des doses massives de baryum pour ne pas distendre à l'excès les tuniques coliques et fausser l'interprétation. Rappelons à ce propos l'avantage de la solution flocculante (dioxyde de thorium à 12 %) qu'il suffit d'administrer sous le volume réduit de 400 à 500 cc. pour obtenir de bonnes images (Maingot, Sarrazin).

Depuis les travaux de Case (U. S. A.) et de Paschetta, les spécialistes sont d'accord pour pratiquer l'examen radiologique en 3 étapes :

- 1° Sous réplétion colique sans distension ;
- 2° En lumière collabée (intestin évacué) (Maingot).
- 3° Après insufflation gazeuse.

Piot fait remarquer la nécessité de prendre des clichés en position frontale, mais aussi oblique (antérieure droite) et insiste sur l'importance du décubitus ventral, position de choix pour obtenir le déplissement de l'anse oméga.

Max Ballin préconise l'examen retardé (2 ou 3 jours) dans les cas de diverticulites.

RÉSULTATS.

1° Dans certains cas il y a présence évidente de *diverticules*, se manifestant sous des aspects variés : tantôt simple épine saillante sur le bord colique, par-

fois en doigts de gants ou pédiculés, tantôt réalisant des images en coupe, en calice, si la baryte n'infecte pas complètement leurs cavités (inflammation). Bien souvent (diverticules de face) ils ne seront retrouvés que sur les radiographies retardées donnant des taches sombres en bille, en cocarde... ou assez nombreuses pour former l'image classique en fût de bou-leaux.

Tels sont surtout les manifestations radiologiques de la « diverticulose ». Dans beaucoup de cas, soit que les diverticules n'existent pas ou qu'ils soient le siège de réaction inflammatoire (oblitération), c'est sur l'aspect même de la paroi colique qu'on se basera pour poser le diagnostic de sigmoïdite.

2° *La paroi colique.*

a) La radioscopie permettra souvent de constater une dilatation rectale, traduction d'un obstacle sigmoïdien ; parfois le lavement ne peut le forcer, le plus souvent la baryte se précipite dans le sigmoïde (Bensaude) et le remplit par à-coup, en cascades (Piot). Ce segment restera du reste immobile devant les contractions de la sangle abdominale et devant les modifications de pression déterminées par le lavement (Porcher).

Par la palpation, par la mise en position de Trendelenbourg, on appréciera la mobilité colique et le degré de périsigmoïdite (intérêt thérapeutique).

b) La radiographie. — Il n'existe pas d'images pathognomoniques de sigmoïdites ; c'est sur un ensemble de « déformations » qu'on pourra l'affirmer.

1° *Le côlon sigmoïde en réplétion* dessine parfois des bords rectilignes, prenant alors l'aspect en verre de lampe (périsigmoïdite) ou des contours irréguliers (aspect en éléments de radiateurs, vis de bois, en accordéon...) sur tout ou partie du segment sigmoïdien. Certains auteurs ont voulu interpréter ces faits comme un état prédiverticulaire (Case, Marxer); d'autres pensent qu'il s'agit de diverticulites (De Quervain). Avec Bensaude, on admettra plutôt que ces images sont la signification d'un plissement transversal, les dentelures traduisant seulement un état inflammatoire. « Il en est de l'image en accordéon, dit Masson, comme de l'image de Stierlin au niveau du côlon droit; l'une et l'autre sont l'expression d'altérations fonctionnelles plutôt que de formations anatomo-pathologiques ».

Dans les cas, un peu particulier, de tumeurs inflammatoires, on peut obtenir :

— soit un défilé de sténose ressemblant à celui du cancer, mais différent par sa plus grande hauteur (Bourdes) ;

— soit une image lacunaire (observation 11) mais pas très franche, et séparée de l'intestin normal par une zone de transition alors qu'en cas de néoplasme elle se continue directement avec l'intestin normal ;

— l'anse oméga est souvent accolée en épingle à cheveu (Forni).

Le cerclage au fil de plomb peut être utile pour différencier la sigmoïdite des tumeurs extracoliques.

2° *En lumière collabée*, les *plis* sont modifiés. Au

lieu du type longitudinal habituel, ils prennent la direction franchement transversale. Tantôt ils forment de gros bourrelets se chevauchant sans aucun ordre (sigmoïdite de début) ; tantôt la tuméfaction de la muqueuse peut être intense au point de faire disparaître tout plissement, réalisant ainsi l'image de l'ulcération néoplasique (destruction de la muqueuse), avec laquelle il est impossible de la reconnaître.

3° *Après insufflation.* — Les parois sigmoïdiennes sont-elles rigides, irrégulières, peu expansibles ?

Le liseré de sécurité, traduction de l'intégrité de la muqueuse, est-il bien conservé ?

La plage intermarginale normalement homogène (lavis d'aquarelles, Maingot) est-elle modifiée ? on se rappellera avec fruit que la solution colloïdale peut flocculer à l'excès au contact de plaques de mucus ou de fausses membranes et dessiner des images en relief à leur niveau (sigmoïdite catarrhale).

Terminons en remarquant que certaines *erreurs d'interprétation* sont possibles surtout en ce qui concerne l'existence des diverticules.

Très exceptionnellement on a pu les confondre avec un coprolithe, un calcul de l'uretère, un phlébolithe, qui sont plus volumineux, moins opaques, et inconstants. Inversement, on pourrait affirmer diverticulaire un simple état « spastique » du côlon (Koehler, Beclère, Porcher). Mais alors, les images sont plus régulières et ne se retrouvent pas sur les clichés à retardement (Masson).

Nous n'insisterons pas sur l'intérêt évident de l'é-

tude des trajets fistuleux par l'injection lipiodolée, combinée au lavement opaque.

EXPLORATION ENDOSCOPIQUE

La sigmoïdoscopie ne donne pas toujours les renseignements qu'on pourrait attendre d'elle (Cain). Théoriquement, dans les conditions les plus favorables, on peut explorer les vingt derniers centimètres du côlon terminal. Il faut reconnaître que dans la majorité des cas les lésions sont inaccessibles, soit du fait de leur hauteur sur l'anse oméga, soit parce que la masse tumorale prolabée dans le Douglas est un obstacle à la progression du tube, soit enfin parce que la douleur est trop intense.

On pratiquera la sigmoïdoscopie avec une prudence extrême car la perforation d'un diverticule ou d'un abcès sigmoïdien latent n'est pas exceptionnelle (Feist, Schreiber).

Rappelons seulement ici :

- que les lésions atteignent rarement le rectum ;
- que lors d'une poussée aiguë la muqueuse apparaît rouge, épaissie, chagrinée, recouverte d'exulcérations et de glaires purulentes ;
- qu'au contraire dans les formes chroniques elle apparaît blanchâtre, plissée, hérissée de masses polypeuses saignant peu au contact ;
- qu'enfin il est exceptionnel d'apercevoir l'orifice d'un diverticule, le plus souvent perdu au milieu des plis ou des bourrelets œdémateux de la muqueuse.

Ces réserves étant faites, il faut souligner que par-

fois la sigmoïdoscopie rendra d'incontestables services en précisant le siège et l'étendue des lésions et en permettant de suivre l'évolution des accidents, de surprendre les récives, d'affirmer la guérison.

Peut-être, très exceptionnellement, permettra-t-elle d'affirmer la nature spécifique (?), tuberculeuse d'une sigmoïdite... Mais surtout lorsque la tumeur est nettement saillante dans la lumière colique, on pourra, *grâce à une biopsie bien orientée*, conclure à la nature inflammatoire ou néoplasique des lésions.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

A) LES SIGMOÏDITES AIGÜES donnent un tableau clinique en tous points comparable à l'appendicite à gauche. Dans les formes graves, les seules que nous ayons en vue ici, le diagnostic se pose à peine avec quelques affections pouvant également déterminer une réaction du péritoine de la fosse iliaque gauche.

La pelvipéritonite d'origine génitale est en général facile à reconnaître de par ses antécédents, la bilatéralité de ses symptômes, la contracture abdominale diffuse mais peu intense.

Une torsion de franges épiploïques (Béchet) peut donner lieu à un syndrome analogue à la sigmoïdite suraiguë, mais les signes infectieux sont le plus souvent absents. L'erreur de diagnostic est peu préjudiciable puisque l'intervention s'impose dans l'un et l'autre cas.

Les crises douloureuses de l'ulcère simple du côlon (Quénu et Duval) se manifestent par une dou-

leur colique extrêmement précise avec constipation opiniâtre. Les signes péritonéaux sont du reste absents et n'apparaissent que s'il y a rupture au niveau de l'ulcération.

L'erreur serait grave de confondre une sigmoïdite suraiguë avec une colique néphrétique, une colibacillémie (Bensaude, Cain), une typhoïde à la période de début, une péritonite tuberculeuse (Bensaude, de Jong), l'infection puerpérale. Mais dans tous ces cas il manque la contracture, constante dans les sigmoïdites suraiguës, et qui à elle seule décidera de l'intervention.

2) SIGMOÏDITES SUPPURÉES. — L'importance des signes locaux, le syndrome infectieux, le taux élevé de la leucocytose, permettent facilement le diagnostic de collection chaude qu'il importera d'inciser au plus tôt.

Ce n'est que dans les formes lentes, torpides, d'abcès sigmoïdiens, à la vérité assez rares, que l'on a pu soulever l'hypothèse d'une péritonite fibro-caséuse (abcès antérieurs), d'abcès froid du triangle de J.-L. Petit (abcès rétropéritonéaux). Le pyosalpynx (Huston) ne peut être méconnu, car il est souvent bilatéral, mobile sous les plans pariétaux, n'envahissant pas la paroi abdominale.

Quant à *la cause* de cette suppuration, bien souvent on sera réduit à formuler des hypothèses :

— Un abcès iliaque gauche peut succéder de même à une adénite aiguë rétro-crurale, à une ostéite ilia-

que, à un phlegmon du ligament large, un néoplasme infecté de S iliaque.

— Devant un abcès pelvien on songera plus souvent à une cause annexielle (ovarite, salpingite, phlegmon de la gaine hypogastrique, pelvi-péritonite à pneumocoques) qu'à accuser le côlon sigmoïde.

— Et comment rattacher à sa véritable cause une suppuration lombaire, et ne pas croire plus facilement à une suppuration périrénale ?

C'est en définitive l'interrogatoire patient du malade, l'étude minutieuse de ses antécédents morbides qui pourra servir d'indicatif immédiat. On se rappellera avec intérêt la phrase de Slesinger : « Si un individu au-dessus de 40 ans se plaint de malaise dans la partie basse de l'abdomen, surtout à gauche, associé à de la constipation, à des signes vésicaux, à de petites attaques inopinées de température, la sigmoïdite peut être envisagée comme un diagnostic probable. »

L'intervention elle-même pourra conduire sur le sigmoïde coupable, sur un diverticule perforé ; d'autre part, le pus fétide, parfois mêlé de matières, sera facilement reconnu d'origine intestinale.

Enfin on se rappellera la fréquence de la sigmoïdite dans l'étiologie des fistules stercorales gauches ou des communications colo-vésicales.

3) PÉRITONITES SIGMOÏDIENNES. — Il est rare que le diagnostic ait été posé avant l'intervention (Moynihan, Telling, Wheeler, Sennet, Finsterer). Tout au plus le maximum des symptômes au niveau de la fosse

iliaque gauche doit-il faire soupçonner le diagnostic de sigmoïdite et inciter au cours de la laparotomie à rechercher au niveau du côlon pelvien la cause d'une péritonite apparemment inexpliquée.

Nous insisterons enfin sur les difficultés de reconnaître souvent la péritonite progressive. Celle-ci nous l'avons vu, peut se développer à partir d'un abcès sigmoïdien (Wolti), d'une sigmoïdite chronique (Obs. 11). La contracture peut faire défaut et il faudra intervenir sur un minimum de signes : un fléchissement brutal de l'état général avec parfois brusque élévation thermique, un météorisme abdominal qui s'exagère rapidement, quelques signes de réaction péritonéale (nausée, vomissements). Une défense pariétale même minime aurait alors une valeur diagnostique considérable.

4) SIGMOÏDITES TUMORALES. — Il est en général facile d'éviter l'erreur avec le fécalome, le mégacôlon, le dolichocôlon sigmoïde, et de reconnaître qu'une tumeur abdominale gauche est développée aux dépens de l'ovaire, d'un rein ptosé, de la rate, du bassin, ou qu'il s'agisse d'un abcès froid pottique. L'argument clinique peut être insuffisant et l'on mettra en œuvre les méthodes modernes de radiographie après injection lipiodolée *in situ* (pyélographie, hystérogaphie).

Par contre la difficulté est à son maximum lorsqu'il s'agit de différencier une tumeur inflammatoire sigmoïdienne des tumeurs bénignes et surtout du carcinome du côlon. Les erreurs de diagnostic et, partant, de thérapeutique, ont été signalées plus haut ; nous ne les répéterons pas ici.

On a dit et insisté souvent sur le fait que la sigmoïdite était plus douloureuse, plus étendue, plus fixée que le néoplasme. Elle serait aussi plus variable, ce qui n'est pas toujours démontré. Pour certains auteurs, en effet, la tumeur cancéreuse (squirrhe), n'est pas palpable, et la masse tumorale reconnue à la palpation n'est que la stase stercorale sus-jacente d'ailleurs essentiellement variable.

Le cancer saigne plus que la sigmoïdite et c'est certain. Jones y voit un signe différentiel important et admet « 8 chances sur 100 d'erreur en opérant toujours en cas d'hémorragie rectale et 24 % de passer à côté du néoplasme, si on n'intervient pas ».

Les poussées infectieuses sont plus fréquentes au cours des sigmoïdites, mais elles sont souvent discrètes et demandent à être recherchées avec soin. L'état général enfin serait plus longtemps conservé.

Nous avons vu ce qu'il fallait penser des renseignements apportés par la radiologie.

Au total, c'est sur un faisceau de signes de probabilité qu'on pourra pencher pour l'un ou l'autre de ces diagnostics ; encore la méprise sera-t-elle fréquente, même au cours de l'intervention, pièce en main.

Association de sigmoïdite et de cancer. — Depuis l'observation princeps de Koch et Hochenegg (1903), certains faits curieux d'association de cancer et de diverticulite ont été publiés (Giffin, Mayo, Roberts, Bensaude, Ballin, Prat, Fischer).

Les plus anciennes statistiques, Mayo (1917), Giffin,

établissaient un pourcentage manifestement exagéré à ces formes associées : 15 à 30 % et concluaient, de même que Pauchet, que la diverticulose prédispose au carcinome.

Actuellement les chiffres admis sont beaucoup plus faibles : Mayo (1926) 1,5 %, Rankin 0,6, Weeder 1,8 % de diverticules sur 227 néoplasmes coliques opérés ; Fifield n'a décelé aucun signe de malignité sur 218 tumeurs inflammatoires coliques.

Au Congrès de Chirurgie du Caire (1936), Turner nie tout rapport de causalité entre sigmoïdite et cancer. Soupault situe simplement le problème : « Les divergences s'expliquent tant les aspects cliniques à ces deux affections sont semblables et tant reste embarrassante à la lecture de maintes pièces la relation exacte de continuité ou de simple coexistence entre sigmoïdite et cancer ».

Des chiffres cités plus haut il ne paraît pas que la fréquence du cancer soit plus grande sur un côlon atteint d'infection chronique ; tout au plus peut-on conclure avec David que « les relations entre inflammations chroniques et néoplasme sont identiques ici à ce qu'elles sont ailleurs ».

Le *diagnostic étiologique* de la sigmoïdite pseudo-néoplasique est le plus souvent impossible.

— Les sigmoïdites diverticulaires donneraient une masse mieux localisée, sans tendance extensive (Grey Turner).

— La nature spécifique (syphilitique, tuberculeuse, mycosique, dysentérique) d'une sigmoïdite ne peut

être établie cliniquement. L'examen histologique, le traitement d'épreuve (Tixier) seuls pourront trancher le différend.

— De même est-il par les seules ressources cliniques impossible de diagnostiquer les *pseudo-sigmoïdites infiltrantes* isolées récemment par Van Noorden. Elles représenteraient une « inflammation sigmoïdienne secondaire à la stase et au durcissement des fèces. La paroi intestinale ulcérée est le siège de petits abcès s'ouvrant dans la lumière colique. Elle se traduit cliniquement par une tumeur dure, évoluant généralement vers la guérison après évacuation des abcès sans laisser de séquelles ».

Traitement

En parcourant les bibliographies des sigmoïdites depuis la fin du siècle dernier, on constate une orientation très marquée de la thérapeutique dans le sens chirurgical, sous l'impulsion de l'Ecole lyonnaise et Delore en particulier, de Desmarets, Charrier, Soupault...

L'étude clinique nous a, en effet, révélé qu'il s'agissait là d'une affection grave. Des plaques de sphacèle peuvent apparaître 12 à 24 heures après le début d'une crise de sigmoïdite aiguë; les formes chroniques peuvent, à tout moment, présenter de redoutables complications infectieuses; enfin le diagnostic est souvent impossible entre tumeurs inflammatoires ou cancéreuses, et ceci suffit à justifier des décisions thérapeutiques qui pourraient paraître excessives pour le traitement d'une sigmoïdite.

Une technique chirurgicale plus évoluée, multipliant les temps opératoires, a permis d'obtenir de meilleurs résultats mais a créé une certaine confusion dans l'étude des innombrables interventions pratiquées pour sigmoïdites. Aussi, pour apporter plus de clarté à ce chapitre complexe, nous nous proposons d'étudier successivement :

1° Les différentes méthodes opératoires, envisagées isolément avec leurs avantages et leurs défauts réciproques ;

2° Les indications thérapeutiques qu'il convient de poser pour chaque forme clinique.

A. — TECHNIQUES CHIRURGICALES

Les méthodes opératoires sont nombreuses, conditionnées par les aspects anatomiques, variés à l'infini, des sigmoïdites et par le tempérament de chaque opérateur.

On peut, schématiquement, les classer en deux groupes :

a) Les unes *méthodes indirectes* (Soustelle), ne s'attaquent point à la lésion elle-même ; elles visent simplement à établir le drainage de la grande cavité péritonéale ou d'un abcès localisé, ou à dériver le cours des matières.

b) D'autres *méthodes directes*, de beaucoup les plus importantes, sont dirigées contre la lésion elle-même (diverticulectomies, colectomies...).

1. — Méthodes indirectes

a) LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE est l'évacuation à l'extérieur du liquide très septique des péritonites généralisées par perforation. Il devra remplir deux conditions majeures :

1° *Etre large* : Les incisions médiane et iliaque gauche seules assureront un drainage satisfaisant ; il

ne saurait être correctement réalisé par un Mac Burney même très élargi. Si l'on avait commis l'erreur fréquente avec la péritonite appendiculaire, mieux vaudrait refermer rapidement la paroi en un plan et contre-inciser dans la fosse iliaque gauche (Bertrand) ou pratiquer une laparotomie sous-ombilicale médiane.

Solé et Zinman préconisent le drainage déclive par colpotomie.

2° *Réaliser le cloisonnement des lésions* : D'une part, en utilisant les moyens de défense habituels de l'organisme (péritoine voisin, épiploon, franges épiploïques) et en les disposant de façon à circonscrire la perforation ; d'autre part, par la mise en place d'un Mickulicz qui sera laissé au moins douze jours.

Il est clair que le drainage n'est qu'un pis aller et qu'il devra être associé le plus souvent au traitement causal et parfois à la colostomie.

b) L'ÉVACUATION DE COLLECTIONS SUPPURÉES ENKYSTÉES : C'est une intervention banale, facile le plus souvent, mais qui devra être simple et ne jamais servir de prétexte à une exploration intempestive au cours de laquelle on pourrait rompre des adhérences protectrices ou effondrer la paroi fragile d'un sigmoïde très altéré. Toutefois il faudra faire avec le doigt un examen très prudent de la cavité de l'abcès pour reconnaître s'il ne s'agit pas d'un abcès en bisac dont on aurait incisé seulement la poche supérieure ; ainsi pourra-t-on parfois déterminer l'origine sigmoïdienne ou annexielle de la suppuration.

Les incisions seront variables selon la topographie de la collection suppurée. Si on a affaire à un *abcès iliaque*, on pourra l'ouvrir en son point culminant ; le plus souvent l'incision de Roux, parallèle à l'arcade, avec dissociation musculaire, aura le double avantage d'être au point déclive et de parer à une éventration post-opératoire.

Est-ce un *abcès pelvien* ? La colpotomie ou la rectotomie seront des interventions logiques si la collection bombe dans le cul-de-sac postérieur du vagin ou vers le rectum.

Lorsque la collection est haut située, on aura recours à l'incision sous-ombilicale qui n'implique pas du reste une gravité plus grande, car on sait avec quelle facilité on peut exclure de la cavité abdominale les organes du petit bassin.

Un *abcès postérieur* sera ouvert par la voie lombaire habituelle. Plus difficile sera d'atteindre l'*abcès mésocolique*. L'incision de Jalaguier est souvent indiquée ; du fait des adhérences pariétales, l'ouverture du péritoine sera parfois difficile. On cloisonnera au mieux avant d'ouvrir l'abcès ou on l'extériorisera, si le sigmoïde est facilement décollable. L'incision sera faite sur la face externe du méso, en ayant soin de repérer un espace avasculaire.

L'évolution d'une péricolite suppurée bien drainée est simple le plus souvent ; on peut observer un écoulement stercoral qui peut se tarir de lui-même, ou nécessiter de nouvelles interventions. Parfois les signes infectieux persistent malgré le drai-

nage traduisant l'inflammation prolongée du côlon ou la diffusion de la suppuration ; de nouvelles incisions seront alors nécessaires.

c) DÉRIVATION DES MATIÈRES : Elle peut être interne ou externe.

1) *Dérivation interne* (ilio ou transverso-sigmoïdostomie). Elle doit être rejetée dans tous les cas.

— C'est une opération longue, shockante et grave.

— Elle est rarement réalisable du fait de la localisation des lésions. Même lorsque la sigmoïdite siège haut, la partie basse de l'anse oméga est infiltrée, épaissie ; les fils coupent à son contact et on risque une désunion grave.

— Enfin l'expérience a montré qu'elle est le plus souvent *inopérante* ; même faite en termino-latérale, le reflux des matières dans le cadre colique a été souvent vérifié.

Pour toutes ces raisons on préférera la :

2) DÉRIVATION EXTERNE : Nous ne ferons que signaler la dérivation « in situ » dans les cas où l'on sera forcé de pratiquer l'abouchement à la peau d'un diverticule perforé, d'une paroi colique gangrénée. Elle représente une dérivation essentiellement mauvaise, car elle a lieu en tissu inflammatoire, elle est incomplète, et ne met pas les lésions au repos.

Nous insisterons par contre sur la dérivation en amont des lésions et qui, pour être efficace, devra être :

— une dérivation totale assurant le repos complet de l'intestin enflammé ;

— réalisable simplement et à peu de frais pour le patient ;

— enfin, pratiquée dans un but temporaire, elle saura permettre une réparation ultérieure facile.

L'appendicostomie ou la cæcostomie ne peuvent remplir ces conditions. Ces dérivations latérales, comme chacun sait, n'évacuent qu'une partie minime de matières, comme le prouve la radiographie après ingestion de baryte. Elles donnent lieu, d'autre part, à une irritation précoce de téguments en contact avec des matières liquides et ne peuvent donc être longtemps conservées sans danger.

L'anus à éperon réalise des conditions bien supérieures mais peut-être d'exécution difficile, qu'on veuille réaliser un anus transverse (Delore), sous-angulo-costal gauche (Chevassu), ou qu'un processus étendu de përisigmoïdite rende laborieuse, voire impossible, l'exécution d'un anus iliaque.

Il est une variété de dérivation, *anus à éperon sur le côlon droit*, dont notre Maître, le Docteur Lardennois, nous a fait valoir souvent les avantages et la facilité d'exécution et sur lequel nous voudrions insister.

Dans les sigmoïdites chroniques sténosantes, en particulier, il paraît réaliser une de ses meilleures indications ; en effet, il est placé très à distance des lésions inflammatoires :

— il dérive parfaitement des matières demi-solides ;

— situé à la partie haute de l'abdomen, sous le

rebord costal droit, il ne gêne en rien l'abord ultérieur du sigmoïde, que l'on utilise la voie médiane ou l'incision iliaque gauche.

Sa technique est parfaitement réglée (Lardennois).

On peut utiliser l'incision haute de Walther ou de Jalaguier, ou inciser dans le flanc droit, en prolongement de la ligne du Mac Burney. Après ouverture du péritoine, on reconnaît de suite le côlon ascendant, et on recherche sa portion haute, voisine de l'angle sous-hépatique. Parfois il s'exteriorise assez aisément hors de l'abdomen, d'autres fois un décollement colopariétal amorcé au bistouri, poursuivi, au tampon monté, sur quelques centimètres seulement, lui donnera la mobilité désirable.

Une tige métallique malléable est passée au travers du méso au ras de la paroi colique et fixée par deux épingles placées à ses extrémités.

Le pied de l'anse extériorisée sera fixé ainsi au péritoine pariétal : un petit cône de paroi colique est soulevé par une pince à dents de souris et lié au fil de lin ; les chefs de ce fil le solidariseront à un repli de péritoine pariétal tendu par une pince de Péan (Lardennois).

6 ou 8 points assureront une fixation suffisante.

On pourra répéter cette manœuvre en solidarisant la paroi colique au plan musculaire.

La paroi sera fermée soigneusement, enserrant fortement l'anus artificiel pour éviter toute éventration ultérieure.

Quoi qu'il en soit l'anus à éperon présente des avantages incontestables, car :

- il permet les lavages du segment inférieur ;
- les lésions sigmoïdiennes au repos fondent rapidement ;
- l'élément colitique associé parfois à la sigmoïdite rétrocede et disparaît ;
- il permet de réaliser dans les meilleures conditions possibles une colectomie ultérieure.

Plus tard, plusieurs mois, un an après (Case, Edwards, Mummery) on pourra procéder à la fermeture d'anus :

- par cure extrapéritonéale ;
- par la méthode intrapéritonéale (Duval).

2. — Méthodes directes

Les « méthodes directes » s'attaquent à la cause même des lésions ; nous les diviserons en :

a) *méthodes palliatives*, qui ne tendent à aucune exérèse ;

b) *méthodes de résection*, dont le but est d'enlever un diverticule, exciser et suturer une perforation, pratiquer une colectomie.

a) MÉTHODES PALLIATIVES.

Elles sont peu employées.

1° *Enfouissement d'un diverticule* : Cette intervention consiste à exprimer le contenu du diverticule (coprolithe) dans la lumière colique, puis à l'invaginer en doigt de gant ; deux bourses séro-séreuses maintenant cet enfouissement.

Il faut remarquer qu'elle n'est guère réalisable si le diverticule est enflammé; d'autre part elle peut devenir une intervention sérieuse du fait de la multiplicité des diverticules et créer des coudures et une sténose du côlon.

On appliquera cette méthode aux diverticuloses reconnues par hasard au cours d'une intervention portant sur un autre viscère.

La diverticulectomie sera du reste préférée dans la majorité des cas.

2° *L'exentéropexie* (Jaboulay, Tixier) consiste à « fixer hors du ventre l'S iliaque malade dans le but de laisser évoluer, en dehors de la cavité péritonéale, des lésions susceptibles, sinon de guérir, du moins de régresser » (Soustelle). On la fera extraabdominale le plus souvent, intrapariétale pour certains (Huston).

Peut-être a-t-elle cet avantage de pouvoir être pratiquée dans un minimum de temps chez des sujets qui ne feraient pas les frais d'une opération radicale.

Elle est susceptible en tout cas de graves reproches :

— elle est, en effet, rarement réalisable car exigeant un côlon mobile, facile à extérioriser sans provoquer de tiraillements de son méso ;

— d'autre part, n'agit pas sur la cause des lésions ; celles-ci continuent en général à évoluer et se fistulisent très souvent.

b) MÉTHODES DE RÉSECTION.

1) *Résection et suture d'une perforation* : La suture devrait être, *a priori*, la méthode de choix d'une perforation colique, comme elle l'est dans les perforations d'ulcus gastriques. Malheureusement elle n'est pas toujours possible. Nous avons insisté sur le fait que la perforation siégeait souvent assez bas sur le segment recto-sigmoïdien, et qu'elle était souvent difficile à reconnaître du fait de sa petitesse et des franges épiploïques qui la recouvrent. Enfin, malgré l'avivement de ses bords la suture sera très pénible à réaliser en plein milieu inflammatoire où le fil coupe les tissus ; malgré l'épiplooplastie complémentaire de recouvrement (Lazarus), l'oblitération sera bien souvent illusoire et dangereuse (P. Duval).

Certains auteurs (Patel en particulier) la rejettent formellement et préfèrent, sauf impossibilité absolue, soit l'extériorisation du côlon perforé, soit l'abouchement direct de la perforation à la paroi abdominale.

Nous ferons remarquer que, dans nos observations 3 et 4, la suture a été réalisée, suivie il est vrai, dans un cas, de fistule colopariétale persistante. Par contre, dans l'observation 5, elle s'est avérée impossible.

2) *La résection des brides* des adhérences péricoliques est un fait banal lorsqu'on voudra dégager et mobiliser le sigmoïde. Elle pourra devenir l'intervention de choix s'il s'agit d'une simple coudure du côlon sur une bride.

La technique a été suffisamment développée par notre maître, le Docteur Lardennois, au Congrès de

Chirurgie 1927, pour que nous n'ayons pas à nous étendre ici sur ce sujet.

3) *La diverticulectomie* a été préconisée par de nombreux auteurs (Case, Mc Worther, Moure, Lecène, Férey, Potier) qui, frappés de l'analogie entre appendicite et diverticulite, concevaient pour ces deux affections une thérapeutique identique.

On réalisait autrefois la diverticulectomie par ligature du pied du diverticule, section et enfouissement. Meillière a montré toutefois que les franges épiploïques contenant souvent des diverticules, étaient traversées par un vaisseau droit long qui y dessinait une crosse avant d'atteindre la paroi intestinale. On conçoit donc que la résection d'une frange colique puisse donner lieu à des accidents de sphacèle de la paroi sigmoïdienne.

Pauchet (1934), à juste titre, a prouvé la nécessité de pratiquer la résection sous-séreuse du diverticule, après l'avoir sculpté de sa gangue inflammatoire, précaution indispensable mais rendant l'opération souvent laborieuse.

La diverticulectomie n'est pas toujours une bonne opération.

— Dans ce milieu infecté les sutures lâchent parfois. On a du reste insisté sur le danger qu'il y avait de fermer complètement la paroi et l'obligation absolue d'un drainage par lame caoutchoutée placée au contact de la suture d'enfouissement (Pauchet).

— La distension post-opératoire de l'anse intéres-

sée pourrait faire éclater les diverticules voisins (Hunt).

— La dernière critique est que cette intervention laisse parfois en place des diverticules inflammatoires qui ont été méconnus et pourront être responsables d'accidents infectieux ultérieurs.

Lorsque les diverticules sont nombreux, l'opération devient longue, laborieuse et on lui préfère souvent la colectomie.

4) *La colectomie* sera le plus souvent l'intervention de choix.

a) *Elle devra être large* afin de passer à distance de toute zone inflammatoire, plus large qu'en cas de carcinome (Eggers) si l'on veut obtenir de bonnes sutures, éviter des récidives.

b) Ayant lieu en milieu septique, elle devra plus que jamais être régie par les grandes lois de toute chirurgie colique, à savoir :

- multiplier les temps opératoires ;
- effectuer toutes les sutures en trois plans ;
- s'assurer de la bonne vascularisation des bouts coliques.

c) Elle offre l'avantage d'un contrôle histologique des lésions.

d) On la réalisera en dehors de la cavité péritonéale, soit résection retardée après extériorisation, soit résection immédiate après suture complète du péritoine pariétal au péritoine colique.

Voie d'abord : La laparotomie iliaque gauche mène directement sur le côlon. On pourra également re-

courir à la médiane sous-ombilicale qui présente toutefois des inconvénients (risque d'inoculer la cavité péritonéale, cause possible d'occlusion tardive du grêle, cure ultérieure de l'anus artificiel plus délicate).

La SIGMOÏDECTOMIE EXTRAPÉRITONÉALE sera le procédé d'élection. Deux grandes techniques peuvent la réaliser.

a) *L'extériorisation et résection retardée* une semaine après (Bloch, Mickulicz) lorsque des adhérences péritonéales auront isolé l'anse sigmoïde. Cf. observations 1, 5, 12.

b) *La résection immédiate* (Bouilly, Volkmann), après fixation parfaite de l'anse extériorisée au péritoine pariétal. On pourra sectionner complètement les deux bouts coliques et les fixer à la paroi (Paul); drainer le supérieur, fermer l'inférieur (Hartmann). Il semble préférable d'amorcer, chaque fois que cela sera possible, un rétablissement partiel de la continuité colique, en suturant soit la demi-circonférence postérieure (Bouilly), soit les trois quarts postérieurs (Goinard). On obtient souvent par ce dernier procédé la fermeture spontanée et rapide de la fistule stercorale.

Ces interventions sont toutefois passibles d'une grave critique. On conçoit évidemment qu'il suffise, en cas de sigmoïdite, d'extérioriser simplement le côlon sans se soucier de son méso; la résection doit être large sur le sigmoïde mais peut être minime sur le mésocôlon. Elle nécessitera cependant toujours des

manœuvres de décollement en milieu inflammatoire, ouvrant parfois de petits abcès latents (Santy, Bourde), libérant des adhérences péritonéales et mettant à nu le tissu cellulaire sous-péritonéal. Et l'on pourra observer de redoutables complications post-opératoires : cellulites rétropéritonéales, péritonites.

De plus, les difficultés techniques augmenteront à mesure que les lésions sigmoïdiennes seront plus bas situées. Il est évident qu'une forme rétro-sigmoïdienne ne pourra être traitée par la méthode ci-dessus et force sera de recourir par nécessité à la :

RÉSECTION INTRAPÉRITONÉALE : Bien entendu, il ne saurait être question de la colectomie segmentaire avec entérorraphie immédiate (type Reybard), même associée à une dérivation préalable (Baum, Schloffer) ; mais nous voulons parler de la *sigmoïdectomie à minima*, décrite par Pauchet (1934).

« Lorsque les essais de mobilisation colique s'avèrent impossibles, on attire légèrement le segment sigmoïdien vers la droite au moyen de pinces à anneaux et l'on peut voir alors, péniblement, le point d'insertion du méso-sigmoïde sur la fosse iliaque gauche. Le péritoine est sectionné à ce niveau pour amorcer un décollement sous-péritonéal. Un tampon monté refoule vers la droite ce qui semble être le méso-sigmoïde avec ses ganglions jusqu'en tissu cellulaire normal. Seuls seront ménagés l'uretère et les vaisseaux iliaques. Puis on essaie d'amorcer le décollement pariétal du côté droit, sectionnant le feuillet séreux et mobilisant, si peu que ce soit, le mésocôlon.

On lie le côlon, puis les vaisseaux sigmoïdiens supérieurs ; un écraseur est appliqué sur le bout initial ; le sigmoïde est sectionné ainsi que son méso à quelques centimètres du Douglas, après s'être protégé par des champs intestinaux.

Le bout inférieur est suturé en bourse (catgut). Après résection du sigmoïde, le bout supérieur est amené en anus dans la fosse iliaque gauche. Péritonisation inférieure, drainage. »

Telle est cette intervention, créant un anus terminal, et qui pour certains serait disproportionnée avec la nature des lésions (Soustelle). Toutefois on aura la ressource de rétablir la continuité colique par invagination colorectale (Mummery) ou au bouton (Lardennois), après décollement du côlon gauche. On pourrait également recourir à l'iléocoloplastie.

Résections complémentaires : Signalons seulement que parfois l'étendue des lésions a rendu indispensable, outre la colectomie, la résection du grêle (Eggers, Lardennois), l'hystérectomie (Ducuing, Caillot et Contamin).

B. — INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Les directives thérapeutiques sont des plus difficiles à préciser tant sont variés à l'infini les aspects anatomo-cliniques des sigmoïdites. Nous essaierons de préciser brièvement les moyens thérapeutiques à opposer aux sigmoïdites suraiguës, aux pérисigmoïdites suppurées, aux péritonites généralisées, aux tumeurs

inflammatoires, en montrant, chemin faisant, les résultats obtenus.

Sigmoïdites suraiguës : Toute crise aiguë de sigmoïdite accompagnée de contracture abdominale devra être opérée. L'urgence est peut-être moins absolue que dans l'appendicite aiguë et certains estiment que l'on doit tenter la thérapeutique médicale pendant 24 heures ; si on ne constate pas une sédation rapide des signes locaux, l'intervention sera pratiquée.

L'école allemande, l'école lyonnaise (Delore), redoutant l'évolution possible vers la gangrène massive, préconisent la résection colique comme l'intervention idéale (7 cas, 7 succès ; Delore : Obs. 1). Elle est souvent réalisable, surtout si la crise de sigmoïdite aiguë est la première en date ; les conditions anatomiques sont favorables, le méso long et souple, l'anse mobile, les adhérences récentes se laissant facilement cliver. La présence de diverticule serait un argument surajouté en faveur de la colectomie (Delore), mais il faut remarquer que le majorité se contente dans ce cas de la diverticuléctomie.

La colectomie ne donnera de bons résultats que si l'on sait choisir ses indications. Le sujet n'est pas très résistant, l'anse oméga sphacélée est rétractée, très adhérente, sa libération serait longue et dangereuse ; il faut alors, de toute évidence, s'abstenir. On saura se contenter de drainer le foyer infecté et de pratiquer en amont une colostomie.

PÉRISIGMOÏDITE SUPPURÉE. — a) Au stade de plas-

tron, le traitement médical (repos, diète, glace sur le ventre, opium) n'est pas discutable.

b) L'abcès, reconnu, devra être incisé précocement pour n'avoir pas à déplorer sa diffusion ou sa rupture intrapéritonéale (Welti).

— Sa cause n'est pas évidente ? Le simple drainage suffit. Si au bout de quelques jours le pansement est souillé de matières, il faudra pratiquer une dérivation (Soupault), soit iliaque, soit droite.

— Si l'incision donne issue à un pus contenant des matières fécales, il faut adjoindre à l'incision la dérivation des matières.

Les résultats sont bons constamment. Les phénomènes inflammatoires peuvent disparaître et la guérison sera définitive ; en cas de rechutes ou de récidives, il importe de traiter la lésion à froid (colectomie).

PÉRITONITES AIGÜES GÉNÉRALISÉES. — La mortalité reste très élevée quelle que soit l'intervention :

Friedmann, 92 % de mortalité sur 80 cas ;

Prat, 60 % de mortalité sur 20 cas.

Le drainage, nous l'avons vu, est facile à exécuter ; le traitement de la cause sigmoïdienne est beaucoup plus délicat.

— Si les lésions sont limitées à un diverticule, à une plaque de sphacèle peu étendue de la paroi colique, on pourrait tenter l'exérèse du diverticule, la suture de la perforation, interventions difficiles à mener à bien. Il serait préférable d'aboucher à la peau la portion colique gangrénée (Delore) ; en cas d'anse

rétractée, Clavel a proposé l'introduction d'une sonde de Nélaton dans la perforation, le cloisonnement des lésions au moyen de Mickulicz et de mèches et la colostomie sus-jacente.

— Lorsque *les lésions sont massives*, extérioriser chaque fois que cela sera possible et facile (Finochietto, Desmarets, Welti, Lyonnais). Eviter en tout cas les décollements étendus qui exposeraient à une cellulite pelvienne gangréneuse fatale. L'extériorisation ne paraît pas possible ? Drainer simplement, cloisonner les lésions et faire une dérivation des matières, par contre-incision iliaque gauche.

Aux soins post-opératoires habituels, on adjoindra utilement la sérothérapie anticolibacillaire et anti-gangréneuse intra-péritonéale (Weimberg).

Il est difficile de se faire une opinion d'ensemble ; les publications, assez disparates, de perforations sigmoïdiennes, n'apportent en général qu'un ou deux faits isolés traités par des méthodes extrêmement différentes, selon les particularités anatomiques de chaque cas.

SIGMOÏDITES PSEUDO-NÉOPLASIQUES. — L'intervention s'impose, soit qu'il y ait des signes manifestes de sténose, soit que l'on n'ait pu éliminer de façon certaine le néoplasme.

Le premier temps sera la dérivation colique, qui sera faite avec avantage sur le côlon droit (colostomie à éperon). Nous avons été frappés par le fait qu'une fois (Obs. 11) cette intervention minime a été suivie de péritonite sigmoïdienne diffusante mortelle.

Or il est rare que l'occlusion soit complète dans les sigmoïdites et qu'un traitement médical n'en vienne pas à bout. Peut-être serait-il préférable de ne pratiquer la colostomie qu'à froid, loin de toute poussée infectieuse, après avoir vérifié le chiffre de la polynucléose (Rowlands). Après cette simple intervention, on peut assister à une régression complète des lésions (Obs. 9 et 10) et après vérification radiologique de la guérison procéder à la cure de l'anus artificiel.

— Sinon la colectomie s'impose dans tous les autres cas, tantôt sigmoïdectomie extra-péritonéale, opération de choix, parfois sigmoïdectomie intrapéritonéale à minima, opération de nécessité (Pauchet, von Haberer).

— La résection colique peut être effectuée sans dérivation préalable (Obs. 12), en particulier lorsque la symptomatologie clinique n'aura permis de différencier la sigmoïdite du cancer.

Résultats : Conway et Hizrot, 27 % de mortalité.

LES FISTULES SIGMOÏDIENNES méritent une étude particulière.

a) *Fistules pariétales* : Leur oblitération spontanée est souvent longue à obtenir et au cours de leur évolution des phénomènes infectieux (Chastenot) ou hémorragiques (Brohée) peuvent s'observer.

La simple dérivation des matières ne suffit pas toujours à les tarir (Obs. 3) ; on devra alors agir sur le sigmoïde ou le diverticule coupable, interven-

tions (diverticulectomie, colectomie), toujours difficiles qui ne seront faites qu'en apyrexie complète et après préparation minutieuse du malade (traitement général, vaccinothérapie...).

b) *Les fistules sigmoïdo-vaginales* tenaces relèvent de la colostomie.

c) *Les fistules colo-vésicales* ne se ferment jamais spontanément, exposent à l'infection urinaire à brève échéance et devront être opérées (Mummery).

La succession des temps opératoires sera la suivante :

— *colostomie totale, transverse* (Le Gac, Charrier) ou iliaque (Obs. 3 et 4) ; certains y associent la cystostomie.

— *préparation* de l'intestin pendant *plusieurs mois* (désinfection par lavages répétés), lavages vésicaux, vaccinothérapie...

— *deuxième intervention* : on ne réalisera la colectomie (Pauchet) que si le malade est maigre, résistant, si le côlon est très mobile ou si on possède quelque doute sur la nature inflammatoire de la fistule. En pratique on se bornera presque toujours au clivage vésico-colique, à l'épluchage du trajet fistuleux ; on pratiquera la suture des deux orifices et on interposera entre les deux organes une mèche caoutchoutée de drainage. Certains se bornent à suturer seulement la vessie ; la fistule sigmoïdo-cutanée qui se produira le plus souvent sera d'un traitement facile.

Par ce procédé, qui demande des soins attentifs et

prolongés (un an), notre maître, M. Lardennois, a réussi pleinement la cure des deux fistules colo-vésicales de nos observations 3 et 4.

LA THERAPEUTIQUE MEDICALE

Elle sera un adjuvant précieux pour préparer le malade à subir une intervention chirurgicale ou pour améliorer les troubles entéro-colitiques fréquents chez l'opéré.

On lui conseillera d'éviter tout effort, les exercices physiques violents ; il ne se départira pas d'une hygiène alimentaire sévère (régime de base lacto-végétarien : Congrès de Plombières, 1935).

La régularité des selles sera assurée par l'absorption de laxatifs légers : huile de ricin (Mayor) à doses faibles, mucilages, lactose (Goiffon), ou par l'administration de lavements (huileux : A. Guérin ; goutte à goutte rectal : Murphy ; entérolyse en bains chauds...).

Le médicament buccal de base sera le sous-nitrate de bismuth, dont on sait les propriétés remarquables (Bensaude) et auquel seront associés des antiseptiques intestinaux (charbon, formine) et suivant les cas les antispasmodiques (belladone) ou les péristaltiques.

On pourra proposer un traitement local : lavages au rubiazol, au bleu de méthylène (Friedel), applications de nitrate d'argent sous le contrôle du sigmoïdoscope, poudrage au Dermatol vaporisé à travers le tube.

La vaccinothérapie buccale (stock-vaccins) ou injectable (auto-vaccin) a quelques résultats à son actif.

Très souvent les malades tireront un bénéfice certain d'un traitement physiothérapique (diathermie, infrarouges, ondes courtes) ou d'une cure hydrominérale, Châtel-Guyon le plus souvent (constipés atoniques), Plombières parfois (colitiques spasmodiques).

Conclusions

I. — La sigmoïdite est une inflammation segmentaire et localisée de l'anse oméga et de son péritoine par les germes pyogènes banaux de l'intestin. Certaines malformations anatomiques, en particulier l'existence de diverticules, favoriseraient son développement.

II. — C'est une affection grave et souvent méconnue car il n'est pas rare qu'elle se traduise cliniquement par une symptomatologie d'emprunt, annexielle, vésicale ou même appendiculaire.

Nous avons isolé certaines de ses variétés cliniques, « formes chirurgicales », qui posent un problème thérapeutique particulièrement délicat.

III. — La sigmoïdite aiguë gangréneuse s'accompagne d'une réaction péritonéale imposant l'intervention d'urgence, extériorisation et résection colique, pour prévenir la perforation.

IV. — Les perforations observées au cours de l'évolution des sigmoïdites donneront lieu à un tableau de péritonite généralisée ou à la production d'abcès iliaque gauche, pelvien, lombaire, selon qu'elles se produiront en péritoine libre ou cloisonné.

Dans le premier cas, l'intervention idéale serait la suture de la perforation ; mais les conditions anatomiques la rendent difficilement réalisable ; le plus souvent on est amené à pratiquer l'extériorisation du côlon perforé.

Les péricyloïdites suppurées seront incisées aux lieux d'élection ; il est parfois utile d'y ajouter une dérivation en amont quand les phénomènes d'occlusion persistent.

V. — Les tumeurs inflammatoires représentent le terme ultime des sigmoïdites chroniques ; leur diagnostic avec les cancers sigmoïdiens est souvent impossible, même au cours de l'intervention.

La colostomie à éperon, très à distance des lésions, par exemple au niveau du côlon droit, sera indispensable pour parer aux accidents d'occlusion et permettra parfois une rétrocession complète des lésions. Bien souvent, cependant, on devra recourir à la colectomie qui, seule, mettra le malade à l'abri de complications infectieuses aiguës toujours possibles et permettra le contrôle histologique de la tumeur.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

Bibliographie ⁽¹⁾

- ALBRECHT. — Fréquence et importance de la diverticulite colique (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 20 mars 1936).
- AMELINE. — Sigmoidites (in *Pratique médico-chirurgicale*).
- ANDERSON. — Diagnostic et traitement des sigmoidites (*Virginia. M. Monthly*, mars 1933).
- BALLIN (M.). — Radiologie des sigmoidites (*American Journal of Surgery*, 1927).
- BARLING. — Diverticulite du côlon (*The Lancet*, 7 mars 1936).
- BARTHÉLEMY. — Deux cas de sigmoidites simulant le cancer (*Société nat. de chirurgie*, 29 nov. 1933).
- VON BENKOVICH. — Phlegmons développés de l'S iliaque (*Orvosi Hetilaps*, 16 mai 1936).
- Rupture de sigmoidite (*Zentr. für Chir.*, 4 janvier 1936).
- BENSAUDE. — Traité de Rectoscopie (1919).
- BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND. — Diverticulose et diverticulite (*Annales de Médecine*, mai 1923).
- Diverticules du côlon (in *Maladies de l'intestin*).
- BÉRARD et PATEL. — Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale (1 vol., Masson, 1932).
- BERTRAND, ARNULF, MATHIEU. — Sigmoidite gangréneuse perforée (*Presse Médicale*, 25 mai 1935).

(1) Bibliographie depuis 1927 inclusivement ; nous y avons ajouté toutefois les références des mémoires les plus importants parus sur les sigmoidites, avant cette date.

- BOURDE (Y.). — Subocclusion par sigmoïdite et périsigmoïdite (*Société Nationale de Chirurgie*, mars 1934).
- BROHÉE et URBAIN. — 4 cas de sigmoïdites diverticulaires (*Société Gastro-entérologie de Paris*, 14 nov. 1932).
- CAILLOT et CONDAMIN. — Cancer de l'utérus et périsigmoïdite suppurée (*Société Obstétr. et Gyn. de Paris*, 2 mars 1936).
- CAIN et BRIDGEMAN. — 2 cas de sigmoïdite diverticulaires (*Archives des mal. app. digestif*, janv. 1931).
- CANONNE. — 1 cas d'épiploïte avec sigmoïdite par corps étranger (*Société Chirurgiens Paris*, 5 mai 1932).
- CAPELLO et LIMA. — Sigmoïdite aiguë (*Revista de la Asociación de Med. del hospital T. de Albéar* (Buenos-Ayres), février-juillet 1936).
- CARCASSONNE. — Chirurgie des sigmoïdites (*Société Chirurgie de Marseille*, 6 juillet 1936).
- CASCO. — Appendicite gangréneuse et diverticulite suppurée (*Archivos argentinos de Enferm. del aparato digestivo y de la Nutricion*, juin-juillet 1936).
- CHABERT. — Sur les périsigmoïdites (*Thèse Toulouse*, 1931).
- CHARRIER et HILLEMAND. — Colites diverticulaires (*Congrès Plombières*, 1935).
- Les sigmoïdites diverticulaires (*Archiv. franco-belges de Chirurgie*, mars 1936).
- CHASTENET DE GERY. — 2 cas de sigmoïdites suppurées chez des syphilitiques (*Journal des Praticiens*, décembre 1928).
- CLAVEL et FAKRAÏ. — Chirurgie des sigmoïdites (7 cas) (*Lyon Médical*, mai 1936).
- COSTANTINI et MACHUEL. — 1 cas de sigmoïdite diverticulaire perforée (*Société Chirurgie d'Alger*, 10 janvier 1936).

- COOKE. — Diverticulite compliquée de pyliplébite (*The Lancet*, janv. 1937).
- DELORE. — A propos du traitement chirurgical des sigmoïdites et de ses résultats (*Revue Chirurgie*, 1929).
- Chirurgie des sigmoïdites (*Lyon Chirurgical*, sept. 1929).
 - Chirurgie des sigmoïdites (*Sté Chir. de Lyon*, janv. 1932).
- DELORE et PUTHOD. — Traitement chirurgical des sigmoïdites (*Revue de Chirurgie*, mars 1932).
- DEROM et VAN DE PUTTE. — Fausse appendicite : sigmoïdite diverticulaire droite et étranglement du grêle (*Sté belge de gastro-entérologie*, 1935).
- DESMARETS et DIAMANT-BERGER. — Les sigmoïdites (*Science médic. prat.*, 1927).
- DIEULAFÉ. — Pérисigmoïdite (*Sté chir. de Toulouse*, fév. 1932).
- DOHERTY. — Sigmoïdite et complications urinaires (*British Journal of Urology*, juin 1937).
- MC. DONALD. — Pérítoneite généralisée au cours d'un lavement (*Méd. journal of Australia*, 1932).
- DUCUING et BASSAL. — Sigmoïdite diverticulaire pseudo-néoplasique (*Doc. medical*, février 1937).
- EDWARDS. — Diverticulite (*British Méd. Journal*, 2 juin 1934).
- EGGERS. — Diverticulites et sigmoïdites (*Annals of Surgery*, oct. 1931).
- FISCHER (A. W.). — Diagnostic radiologique des sigmoïdites (*Ver. Handb .d. Gesellsch. f. Verdaunngs u. Stoffwechselkr.*, n° 11, 1933).
- FORNI (G.). — Occlusion chronique par sigmoïdite péri-diverticulaire, résection (*Gior. veneto di Sc. Méd.*, 1-8 janv. 1937).
- FORGUES. — Précis de pathologie externe.

- FOXWELL. — Diverticulites à complications rares (*British Méd. Journal*, 1^{er} déc. 1934).
- FRIEDEL. — Périviscérites et colites.
- GALLART-MONES. — Diagnostic clinique des sigmoïdites (*Progressos de la cl.*, juin 1934).
- GIRARD. — Sigmoïdite diverticulaire (*Gazette Médicale de Picardie*, avril 1936).
- GUERIN (A.). — Sigmoïdites aiguës (*Journal des praticiens*, fév. 1931).
- GUINARD. — (in traité *Le Dentu et Delbet*).
- VON HABERER. — Diverticulite sigmoïdienne (*Zentr. für chir.*, 7 avril 1934).
- HUSTON. — Diverticulite du clôn chez la femme (*Archives of Surgery*, juin 1933).
- LATIFI. — Fistules sigmoïdo-vésicales (in *Thèse Paris*, 1937).
- LAZARUS. — Sigmoïdites perforées (*American Journal of Surg.*, nov. 1933).
- LE LANDAIS. — (*Thèse Lyon*, 1910).
- LE GAC. — Fistule sigmoïdo-vésicale par diverticulite (*Bull. Sté Médicale Paris*, 12 déc. 1935).
- MAINGOT, DUCLOS, SARRASIN. — Bases radiol. actuelles du diagnostic des sigmoïdites (*Sté gastro-ent. de Paris*, 10 déc. 1934).
- MARSCHALL. — Diverticulite du côlon (*The Lancet*, 4 janv. 1936).
- Traitement de la diverticulite du côlon (*Proceedings of the Royal Society of Medecine*, fév. 1936).
- MARTIN (C. L.). — Sigmoïdite précancéreuse (*Illinois Med. J.*, août 1929).
- MASSON. — Bases radiologiques du diagnostic des diverticules du côlon (*Revue Médicale Suisse Romande*, 10 mars 1936).

- MEYER. — Traitement chirurgical des sigmoïdites (*Verhandl. d. Gesch. f. Verdaungs. u. Stoffwech.*, n° 11, 1933).
- MONTETRO. — Diverticulite du côlon (*A. medicina contemporanea*, Lisbonne, février 1937).
- MORABS (O.). — Sigmoïdites diverticulaires et autres (*Patino Vida Nueva*, 15 déc. 1936).
- MORLEY. — Diverticulites (*British Med. Journal*, 2 mars 1935).
- MOUCHET. — Sigmoïdites (in *Encyclopedie Med. Chir.*).
- MULLER. — Sur un cas de sigmoïdite et de péricolite traumatique (*Paris Médical*, nov. 1932).
- OCKINCZYC. — (*Académie de Chirurgie*, 26 fév. 1936).
- PATEL. — Sigmoïdites et péricolites (*Revue Chirurgie*, 1907).
- (*Congrès Chirurgie*, 1913).
- PAUCHET. — Diverticulite de l'anse sigmoïde ; sigmoïdectomie à minima (*Technique chirurgicale*, 1934, nos 1 et 4).
- PEMBERTON et WHUGH. — Diverticulite sigmoïdienne (*Surg. Gyn. et Obstet.*, août 1937).
- PIANA. — Hernies symptomatiques (*Thèse Lyon*, 1932).
- PICCOLO. — 2 cas de diverticulites récidivantes (*Rassegna Internazionale di Clinica e terapia*, 29 fév. 1936).
- PIOT. — Aspects radiologiques des péricolites (*Bul. et Mémoire de la Société radiologie méd. de France*, oct. 1932).
- PONSONNET. — Contribution à l'étude des sigmoïdites (*Thèse Lyon*, 1927).
- Van PRAAG. — Etiologie, diagnostic, thérapeutique des sigmoïdites (*Bruxelles Médical*, 18 av. 1937).
- PRAT. — Les diverticules du côlon (*Thèse Paris*, 1935).
- PUTHOD. — 2 cas de sigmoïdites traitées par la résection (*Lyon Médical*, 1932).

- RANKIN et JUDD. — Diverticulite du côlon (*Surg. Gyn. et Obst.*, n° 5, 1930).
- REIGNIER. — Pêrisigmoïdites (*Thèse Lyon*, 1897).
- ROBIN-MAYER. — Sigmoïdite amibienne (*La Prensa Medica Argentina*, déc. 1934).
- ROSS-GOLDEN. — Diverticulite et cancer (*The New-England Journal of Med.*, 19 juillet 1934).
- RUTHERFORD-DARLIN. — Diverticulite du côlon (*New-Journal of Australia*, 1935).
- SAILLANT. — Sigmoïdites et pêrisigmoïdites (*Thèse Paris*, 1906).
- SANTY. — Sigmoïdite diverticulaire à forme tumorale (*Société Chirurgie Lyon*, 30 nov. 1933).
- SEGRE. — Considérations sur un cas de pseudo-tumeur sigmoïdienne (*Bull. et Mém. de Soc. Chirurgie de Piémont*, p. 1678 à 1692, 1932).
- SCHÆMACKER. — *Congrès de Chirurgie du Caire*, 1936.
- SINGER. — Sigmoïdoscopie (*Med. Klin.*, 22 sept. 1933).
- SOLÉ et ZINMANN. — Perforation sigmoïdienne (*Prensa Med. Argentina*, 7 oct. 1936).
- SOUPAULT. — Chirurgie des diverticulites (*Congrès du Caire*, 1936, et *Archives mal. app. digestif et nutrition*, oct. 1936).
- SOUSTELLE. — Sigmoïdites (études anatomo-clinique et thérapeutique) (*Thèse Lyon*, 1937, Librairie ARNETTE).
- SPIELER (F.). — 2 cas de sigmoïdite et typhlite stercorale (*Wien med. Wochensch.*, 18 juillet 1936).
- STRAUSS (H.). — Traitement des sigmoïdites (*Arzth. forth.*, oct. 1928).
- STRAUSS (H.). — Etude clinique des sigmoïdites (*Verh. andl. d. Gesell. f. Verd. Stoffwech.*, 1933).
- SWINGHEDAUW. — Diverticulites du gros intestin (*Journal Chirurgie*, 1926).
- TAYLOR. — Diverticulite perforée (1932).

- TIXIER, SANTY, TAVERNIER. — Discussion sur les sigmoïdites (*Soc. Chir. de Lyon*, 1926).
- TIXIER et BERTRAND. — 6 observations de sigmoïdites (*Lyon Chir.*, sept. 1932).
- WEBER. — Sigmoïdite (*Proc. stoff. Mayo clinic*, 16 mai 1934).
- WELTI. — Sigmoïdite aiguë perforée avec péritonite généralisée. (*Société Anat.*, juillet 1928).
- ZDANSKY. — Signes radiologiques des sigmoïdites (*Wien. Klin. Wochench.*, 27 sept. 1936).

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Historique	13
Etiologie	17
Causes générales des sigmoïdites	17
Causes locales	19
Etiologie des péricolites	23
Etude anatomo-clinique	26
I. — Sigmoïdites suraiguës	26
II. — Péricolites suppurées	31
Anatomie pathologique	31
Symptomatologie	34
Evolution	39
III. — Sigmoïdites avec péricolites généralisées.	52
Anatomie pathologique	52
Symptomatologie	54
IV. — Sigmoïdites chroniques pseudo-néoplasiques	60
Anatomie pathologique	61
Diagnostic	75
Diagnostic radiologique	75
Exploration endoscopique	81
Diagnostic différentiel	82
Traitement	89
A. — Techniques chirurgicales	90
1. — Méthodes indirectes	90
2. — Méthodes directes	96
B. — Indications thérapeutiques	103
La thérapeutique médicale	109
Conclusions	111
Bibliographie	113

